



GESTÃO EM SAÚDE:

REFLEXÕES, DIVERSIDADES TEMÁTICAS, TEÓRICAS,
METODOLÓGICAS E TECNOLOGIAS DE DISCENTES
E DOCENTES EM GESTÃO EM SAÚDE COLETIVA

Maria Salete Bessa Jorge

Raquel Sampaio Florêncio

Adriano Rodrigues de Souza

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ

REITOR

José Jackson Coelho Sampaio

VICE-REITOR

Hidelbrando dos Santos Soares

EDITORA DA UECE

Erasmio Miessa Ruiz

CONSELHO EDITORIAL

Antônio Luciano Pontes	Lucili Grangeiro Cortez
Eduardo Diatahy Bezerra de Menezes	Luiz Cruz Lima
Emanuel Ângelo da Rocha Frago	Manfredo Ramos
Francisco Horácio da Silva Frota	Marcelo Gurgel Carlos da Silva
Francisco Josênio Camelo Parente	Marcony Silva Cunha
Gisafran Nazareno Mota Jucá	Maria do Socorro Ferreira Osterne
José Ferreira Nunes	Maria Salete Bessa Jorge
Liduina Farias Almeida da Costa	Silvia Maria Nóbrega-Therrien

CONSELHO CONSULTIVO

Antônio Torres Montenegro UFPE	Maria do Socorro Silva Aragão UFC
Eliane P. Zamith Brito FGV	Maria Lírida Callou de Araújo e Mendonça UNIFOR
Homero Santiago USP	Pierre Salama Universidade de Paris VIII
Ieda Maria Alves USP	Romeu Gomes FIOCRUZ
Manuel Domingos Neto UFF	Túlio Batista Franco UFF

GESTÃO EM SAÚDE:

REFLEXÕES, DIVERSIDADES TEMÁTICAS, TEÓRICAS,
METODOLÓGICAS E TECNOLOGIAS DE DISCENTES
E DOCENTES EM GESTÃO EM SAÚDE COLETIVA

Maria Salete Bessa Jorge

Raquel Sampaio Florêncio

Adriano Rodrigues de Souza

1ª Edição

Fortaleza - CE

2019

**GESTÃO EM SAÚDE: REFLEXÕES, DIVERSIDADES TEMÁTICAS, TEÓRICAS,
METODOLÓGICAS E TECNOLOGIAS DE DISCENTES E DOCENTES EM
GESTÃO EM SAÚDE COLETIVA**

© 2019 *Copyright by* Maria Salete Bessa Jorge, Raquel Sampaio Florêncio e Adriano Rodrigues de Souza

Impresso no Brasil / Printed in Brazil
Efetuado depósito legal na Biblioteca Nacional

TODOS OS DIREITOS RESERVADOS

Editora da Universidade Estadual do Ceará – EdUECE
Av. Dr. Silas Munguba, 1700 – Campus do Itaperi – Reitoria – Fortaleza – Ceará
CEP: 60714-903 – Tel: (085) 3101-9893
www.uece.br/eduece – E-mail: eduece@uece.br

Editora filiada à



Coordenação Editorial

Erasmus Miessa Ruiz

Diagramação e Capa

Narcelio Lopes

Revisão de Texto

Lorna Etiene Castelo Branco Reis

Ficha Catalográfica

Lúcia Oliveira CRB - 3/304

-
- G393 Gestão em saúde: reflexões, diversidades temáticas, teóricas, metodológicas e tecnologias de discentes e docentes em gestão em saúde coletiva [recurso eletrônico] / Organizado por Maria Salete Bessa Jorge, Raquel Sampaio Florêncio, Adriano Rodrigues de Souza. - Fortaleza : EdUECE, 2019. Livro eletrônico.
ISBN: 978-85-7826-772-8 (E-book)
1. Saúde coletiva - Administração.
 2. Gestão em saúde.
 3. Administração dos serviços de saúde - Brasil. I. Jorge, Maria Salete Bessa. II. Sampaio, Raquel Florêncio. III. Souza, Adriano Rodrigues de. IV. Título.

CDD: 362.10981

Sumário

PREFÁCIO..... 12

Tulio Batista Franco

Raquel Sampaio Florêncio

INTRODUÇÃO 18

Raquel Sampaio Florêncio

CAPÍTULO 1 23

ECONOMIA E FINANCIAMENTO EM SAÚDE

Pedro Lopes Ferreira

Aida Tavares

CAPÍTULO 2 53

METODOLOGIAS ATIVAS DE ENSINO-APRENDIZAGEM NA FORMAÇÃO EM GESTÃO EM SAÚDE

Lídia Andrade Lourinho

Maria Salete Bessa Jorge

CAPÍTULO 3 72

PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO, CLÍNICO E EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES COM INTOXICAÇÃO EXÓGENA: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Suelane Cristina Silva de Lima

Raquel Sampaio Florêncio

CAPÍTULO 4 91

SEGURANÇA DO PACIENTE NA GESTÃO DA ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS EM UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

Álvaro Farias Nepomuceno Carneiro

Ana Karine Girão Lima

Antonio Rodrigues Ferreira Júnior

CAPÍTULO 5 122

INDICADORES DE SAÚDE COMO FERRAMENTAS PARA OTIMIZAÇÃO DA PRÁTICA DE GESTÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Cristiano Aguiar Farias Lages

Maria Salete Bessa Jorge

CAPÍTULO 6 144

IMPLICAÇÕES DO PROCESSO DE SEGURANÇA DO PACIENTE PARA HOSPITAIS PÚBLICOS À LUZ DA PORTARIA Nº 529/13

Francisca Syonara Moraes Rodrigues

Cora Franklina do Carmo Furtado

CAPÍTULO 7 154

SISTEMATIZAÇÃO DE PROTOCOLOS EM PSICO-ONCOLOGIA HOSPITALAR: FACILIDADES E DIFICULDADES

Isabel Regiane Cardoso do Nascimento

Ilse Maria Tigre de Arruda Leitão

Maria Salete Bessa Jorge

CAPÍTULO 8 181

O PAPEL DO GESTOR HOSPITALAR NAS ORGANIZAÇÕES DE SAÚDE: REVISÃO DE LITERATURA

Francisco José do Nascimento Júnior

Adriano Rodrigues de Souza

CAPÍTULO 9 205

OBSTINAÇÃO TERAPÊUTICA EM UTI: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Antonielle Carneiro Gomes

Maria Helena Lima Sousa

CAPÍTULO 10 216

ASPECTOS HISTÓRICOS DA ESPIROMETRIA E SEU USO NAS DOENÇAS RESPIRATÓRIAS: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Cynthia de Oliveira Vaz

Thereza Maria Magalhães Moreira

CAPÍTULO 11 233

INCIDENTES TRANSFUSIONAIS: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Francisco Daniel Rodrigues Da Silva

Francisco José Maia Pinto

CAPÍTULO 12 250

CONTEXTUALIZAÇÃO NORMATIVA E HISTÓRICA DAS UNIDADES DE PRONTO ATENDIMENTO 24H NO CEARÁ

Ismênia Maria Marques Moreira

Carlos Garcia Filho

CAPÍTULO 13 265

CONHECIMENTO E BENEFÍCIOS DO PROCESSO DE ENFERMAGEM APLICADO À SAE

Kilvia Kelly Gomes de Vasconcelos

Milena de Paula Lima

CAPÍTULO 14 279

CONTRIBUIÇÕES PARA A SAÚDE DO PORTADOR DE ANEMIA FALCIFORME NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: ENSAIO TEÓRICO REFLEXIVO

Goldamey Moreira Mesquita Ponte

Ana Paula Cavalcante Ramalho Brilhante

CAPÍTULO 15 298

ANÁLISE DAS PRODUÇÕES CIENTÍFICAS RELACIONADAS À EDUCAÇÃO PERMANENTE EM REDUÇÃO DE DANOS

Maria Caruline Furtado de Melo Martins

Milena Lima de Paula

CAPÍTULO 16 316

REDE CEGONHA E O TRABALHO DO ENFERMEIRO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Rosângela de Sousa Cavalcante

Mardênia Gomes Vasconcelos Pitombeira

CAPÍTULO 17 344

TECNOLOGIAS E APLICATIVOS UTILIZADOS PARA PESSOAS COM DIABETES: EVOLUÇÃO TEMPORAL

Maria Cláudia Carneiro Pinto

Maria Salete Bessa Jorge

CAPÍTULO 18 368

REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE MATERNO INFANTIL: UMA ABORDAGEM REFLEXIVA

Ana Patrícia Timbó Batista Ribeiro..... 368

Antonio Rodrigues Ferreira Júnior 368

CAPÍTULO 19 386

CONSTRUÇÃO DE UM VÍDEO EDUCATIVO SOBRE OS EXERCÍCIOS FISIOTERAPÊUTICOS PARA PACIENTES MASTECTOMIZADAS

Maria Janete Torres

Andrea Caprara

CAPÍTULO 20 397

TREINAMENTO DE CUIDADORES DE PACIENTES COM DOENÇA DE ALZHEIMER: REFLEXÕES SOBRE A IMPORTÂNCIA DO LETRAMENTO EM SAÚDE E DO LETRAMENTO NUTRICIONAL

Maria Ricarte Guedes

Helena Alves de Carvalho Sampaio

CAPÍTULO 21 412

TECNOLOGIAS EDUCATIVAS EXISTENTES PARA CRIANÇAS COM CÂNCER E SEUS CUIDADORES: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Samira de Moraes Sousa

Adriano Rodrigues de Souza

CAPÍTULO 22 427

MONITORAMENTO DA REGULAÇÃO ASSISTENCIAL REALIZADA PELOS GESTORES DE SAÚDE: POLÍTICA, DIRETRIZES E ESTRATÉGIAS

Samilly Girão de Oliveira

Maria Salete Bessa Jorge

CAPÍTULO 23 450

COMO MEDIR O NÍVEL DE MATURIDADE EM BPM NAS ORGANIZAÇÕES: MODELOS DESCRITOS NA LITERATURA

Willienny Kássia Bezerra Correia Girard

Márcio de Oliveira Mota

CAPÍTULO 24 464

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO ATENDIMENTO INICIAL AO PACIENTE COM AVE AGUDO: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Elis de Souza Albuquerque

Raquel Sampaio Florêncio

CAPÍTULO 25 483

ENTENDENDO O SERVIÇO DE FARMÁCIA CLÍNICA HOSPITALAR

Vanda Claudia Baltazar de Mesquita

Maria Helena Lima Sousa

CAPÍTULO 26 495

A GESTÃO DO CUIDADO EM ENFERMAGEM NOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

Francisco Diones Araújo Rodrigues

Mardênia Gomes Vasconcelos Pitombeira

CAPÍTULO 27 512

A LIDERANÇA SISTÊMICA PARA A GESTÃO NA ÁREA DE SAÚDE

Cristiane Sales Leitão

Antonio Rodrigues Ferreira Júnior

CAPÍTULO 28 524

DENGUE, CHIKUNGUNYA E ZIKA: UMA AMEAÇA AO GRUPO MATERNO INFANTIL E A NECESSIDADE DE COMBATE AO *Aedes Aegypti*

Gerarlene Ponte Guimarães Santos

Andrea Caprara

CAPÍTULO 29 545

A REGIONALIZAÇÃO COMO PREMISSA PARA O ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Luanna Nayra Mesquita Alvarenga

Antonio Rodrigues Ferreira Júnior

CAPÍTULO 30 558

IMPLANTAÇÃO DA PROGRAMAÇÃO GERAL DE AÇÕES E SERVIÇOS DA SAÚDE NO ESTADO DO CEARÁ: O ESTADO DA ARTE

Raul Tomé de Sousa Filho

José Jackson Coelho Sampaio

CAPÍTULO 31 573

AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DOS SERVIÇOS DE SAÚDE HOSPITALAR NA PERSPECTIVA DO USUÁRIO

Valéria Corrêa de Freitas da Cunha

Carlos Garcia Filho

CAPÍTULO 32 589

CONSTRUÇÃO DO FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO DA EMERGÊNCIA DE UM HOSPITAL TERCIÁRIO A PARTIR DA TRIAGEM MÉDICA

Rohden Leite Varela Filho

Nathalia Maria Girão da Silva

Adriano Rodrigues de Souza

CAPÍTULO 33 613

**DESAFIOS NO GERENCIAMENTO DE EQUIPAMENTOS MÉDICO-ASSIS-
TENCIAIS EM POLICLÍNICAS ESPECIALIZADAS**

Raimunda Magalhães da Silva

Paulo Leonardo Ponte Marques

Luiza Jane Eyre de Souza Vieira

Antonio Rodrigues Ferreira Junior

POSFÁCIO..... 639

Adriano Rodrigues de Souza

ORGANIZADORES 641

AUTORES 643

PREFÁCIO

Tulio Batista Franco

Há períodos históricos nos quais a força motriz para viver e produzir no mundo, encontra-se, justamente, em uma ideia-força, que nos coloca em movimento rumo a um horizonte virtuoso. Neste momento nos encontramos em uma situação parecida. Somos movidos pelo desejo, ou pela vontade, essa força interior que age como um motor de alta propulsão, que nos põe a caminhar na busca de algo que possa satisfazer o anseio de constituir-se como protagonista junto à sociedade, deixar um legado, produzir redes, ativar forças capazes de mover o mundo. Nada é tão forte que seja capaz de matar a força que move os que constroem um futuro virtuoso para as políticas de saúde, sua utopia ativa.

Construir um Sistema de Saúde de direito universal nos coloca essa possibilidade, o vínculo a este projeto funciona como um respiradouro, onde subtraímos o oxigênio necessário para continuar. É uma luta incansável por um estágio civilizatório, no qual os que sofrem da carne, dos afetos e da alma, possam ter acolhida, cuidado e conforto. Assim é a saúde, ela possui essa dimensão humanitária que a constitui. Da mesma forma é necessária uma técnica para se materializar em políticas e ações efetivas.

Este pensamento sobre a saúde nos coloca diante do desafio de constituir um projeto que seja ético, estético e politicamente voltado ao cuidado. Isso significa qualificar as práticas de cuidado como aquelas em que o usuário deve estar no centro das decisões da gestão; o sofrimento alheio é parte de nós, definindo assim uma relação implicada com o outro; a resolução do problema de saúde é um compromisso, qual seja ela; relações simétricas entre os trabalhadores e destes com os usuários é a diretriz que marca as redes no cotidiano. Portanto, estamos nos remetendo aqui a uma forma de desenvolvimento das práticas, que ao final são produtos de decisões no âmbito da micropolítica dos encontros de cada dia, no “chão de fábrica” da saúde, ou seja, os locais de trabalho, onde se dá o encontro entre trabalhadores e usuários.

Como fazer com que este mundo extremamente dinâmico, ganhe uma expressão literária, técnica, e possa ser de conhecimento de muitas outras pessoas, que vivem este mesmo cotidiano, os mesmos desafios e agruras de cada dia? Esta é a função mágica do livro. Escrevê-lo é sempre um ato de generosidade para com o outro, de doação.

O conhecimento é algo que pertence a quem teve a experiência, produziu um estudo, viveu reflexões muito particulares sobre a realidade, e resolveu não guardar para si, mas compartilhar com os demais, sejam eles quem for, e em que lugar estiverem. O livro só existe pelo ato generoso dos seus autores, projeta-se para a perpetuação do pensamento, meio pelo qual ele vai desbravando novos mundos. É ferramenta de luta.

Conforto aos que sofrem com as dúvidas e angústias do trabalho cotidiano. Ele tem a capacidade de afetar tanto quanto a realidade que retrata.

Artesanalmente construído, o livro sempre guarda muito mais do que aparece nas suas páginas. Há por entre as linhas, histórias de vida dos seus autores e autoras, outros personagens ocultos que participaram das pesquisas as quais ele expressa, enfim, ele guarda em si uma multidão. Tem seu próprio cosmos, e tem vida própria, uma parte dela desfila pelas salas de aula, descansa nas bibliotecas, serve a novos estudos, outra é invisível, a que se refere à trama de produção do conhecimento, à dinâmica dos encontros, ao trabalho propriamente dito da escrita, mas inexoravelmente lhe dá vida, a expressão. Um livro nunca está terminado, ele é histórico, tanto no tempo passado quanto no futuro. Para chegar a estas páginas carregadas de símbolos formando as palavras, e com alta capacidade de se comunicar, um trabalho pregresso, às vezes penoso, realizado de forma meticulosa, cuidadosa, levou à sua origem.

Gestão em Saúde: Reflexões, Diversidades Temáticas, Teóricas, Metodológicas e Tecnologias de Discentes e Docentes em Gestão em Saúde Coletiva, aqui apresentado, também é expressão do trabalho de muitas e muitos. Para além das pessoas que dedicaram sua escrita à formatação desta obra, vale a pena lembrar do que nos dizem Deleuze & Guattari, na Introdução a Mil Platôs: capitalismo e esquizofrenia, vol. 1: _ “Escrevemos o Anti-Édipo a dois. Como cada um de nós era vários, já era muita gente”. Os autores se referiam ao livro que ha-

viam escrito pouco antes, o Anti-Édipo, em um processo intenso de formulação intelectual, e crítica ao que era, até então, quase um monumento sagrado, a Psicanálise. Então, ao comentarem que “cada um de nós era vários”, eles faziam menção à ideia de multiplicidade que habita a cada ser, ou seja, nós somos constituídos por muitos eus, às vezes somos alunos, outros professores, em certos lugares trabalhadores da saúde, em outras ocasiões usuários. Vamos nos vestindo de capas diferentes para cada lugar que passamos, é como se estes lugares nos significassem de um modo específico e, assim, damos sentido a eles e tudo o que os habita. É desta forma que o mundo vai se produzindo, a partir dos múltiplos encontros que cada um tem com seu próprio lugar social, seja o trabalho, estudo, família, comunidade, momento em que damos sentido às pessoas e às coisas que nos cercam, mas estes encontros com elas também nos produzem como sujeitos singulares, deixam marcas em nós, modulando mais uma vez nosso corpo socioafetivo.

Com este livro acontece algo parecido, escrito por muitos autores, podemos dizer que ele é produto de uma multidão, onde cada uma e cada um pôde colocar aqui a sua produção intelectual, originária de pesquisas, reflexões, interação com o mundo da saúde. É neste movimento de produção de si e do mundo, que acontece o pensamento como ato de criação. Ou seja, pensar não é reproduzir o que vemos e sabemos, mas ao pesar algo acontece de novo, há um agenciamento sobre a ideia que a faz diferente. Portanto, o pensamento é sempre um ato de criação. Isso me parece importante, pois

podemos imaginar que por dispositivo do encontro, o pensamento não se repete, ele se renova, em um movimento constante e ilimitado na dinâmica da micropolítica do encontro.

Este livro faz isto, traz o mundo diverso, dinâmico, múltiplo, a realidade de trabalhadores, gestores, usuários, estudantes e professores, e constitui uma expressão viva de tudo o que a complexidade dos encontros é capaz de produzir. Inimaginável é o que cada encontro produziu em quem esteve na cena de construção do conhecimento que aqui tem a sua expressão. O caminho pelas ruas e comunidades; o convívio com os serviços de saúde e os trabalhadores; encontros e desencontros com usuários; o não saber que nos coloca em movimento para saciar a vontade de alcançar as entranhas do que é dito em cada narrativa, enfim, expressão de vidas em produção é o que o livro retrata.

Ao longo dos seus trinta e três capítulos esta obra vai percorrendo de temas muitos variados, tão vastos quando são os serviços de saúde, em suas muitas dimensões, seja da economia, gestão, práticas de cuidado, educação, enfim, ela é o retrato fiel da multiplicidade que constitui o cotidiano de funcionamento do SUS. Mas há algo que torna este conjunto uma unidade, e está no conceito de “comum”, que faz com que haja um fio condutor em todo espectro de conhecimento que perpassa suas páginas.

O comum constitui-se na ideia de Saúde que traz o livro, e diz respeito sempre à sua dimensão mais vinculada à perspectiva humana, a que aproxima as pessoas

de si mesmas, enfim, a ideia de comunidade.

Comunidade é a palavra que deve marcar a resistência ao projeto neoliberal que há décadas vem assediando o SUS. Ela tem o sentido da liberdade, tal como lhe dá o filósofo sul-coreano Byung-Chul Han no seu livro *Psicopolítica: o neoliberalismo e as novas técnicas de poder*: - “Ser livre, portanto, não significa nada mais do que se realizar conjuntamente. Liberdade é sinônimo de comunidade bem-sucedida” (pág. 12). Essa ideia rompe com o conceito liberal que associa liberdade à dimensão individual, e que leva a que cada trabalhador se sinta o “empresário de si mesmo”, e estabeleça com o outro uma relação de concorrente. Pensar a liberdade como a constituição de comunidade, restitui o valor das relações solidárias no trabalho. Isso possibilita sair de uma dinâmica em que cada um tenta ser livre, mas acaba preso à servidão das dinâmicas de mercado que avançam nas micropolíticas das relações no cotidiano.

Por isso, este livro constitui-se como “comum” mesmo na diversidade, na diferença, nas diversas tonalidades que ganham e expressam nos seus textos. Produto de um esforço coletivo, mas não necessariamente dirigido à mesma temática, se produz como “comunidade” no conceito de Han e, por ser assim, é livre, e só a liberdade é capaz de ativar a criatividade de cada pessoa.

É uma obra para ser consumida pelos estudiosos destes temas, aqueles que trabalham no SUS, e quem pesquisa em busca de novas possibilidades no campo da saúde.

Boa Leitura!

INTRODUÇÃO

Raquel Sampaio Florêncio

A Saúde Coletiva ganhou espaço de forma contemporânea à Reforma Sanitária, tendo sido pensada com coerência aos seus princípios e diretrizes e, ainda, encontra-se em construção, pois, segundo Paim e Almeida Filho (2000), é um campo aberto de políticas, saberes e práticas. Sustentada, principalmente, por três eixos disciplinares, a Epidemiologia, as Ciências Sociais e a Política, Planejamento e Gestão e Avaliação em saúde, a Saúde Coletiva prescinde da articulação desses espaços para que se ratifique cada vez mais enquanto alternativa de transformação social na superação de iniquidades.

De forma específica, é necessário reforçar a atenção à Gestão em Saúde, seja no âmbito da pesquisa ou da prática, uma vez que ela se fortalece quando a Epidemiologia e as Ciências Sociais estão trabalhando em conjunto, dando subsídio para a organização dos processos envolvidos nas instituições ou estabelecimentos de saúde. A Gestão em Saúde é múltipla e dinâmica e precisa ter essas características para dar conta da complexidade imbrincada no setor saúde, uma vez que, para Sobral, Barros e Carnut (2017) é a área mais aplicada da Saúde Coletiva.

A gestão/administração em saúde pode ser definida como o conhecimento aplicado no manejo do com-

plexo das organizações de saúde, envolvendo a gerência de redes, esferas públicas de saúde, hospitais, laboratórios, clínicas e demais instituições e serviços de saúde. Abrange três grandes dimensões altamente complexas: os espaços dos cuidados diretos - singulares e multiprofissionais; as diversas instituições de saúde; e a exigência da formação e operação de redes de serviços de saúde para uma assistência universal, integral, equânime, de qualidade e eficiente para as necessidades de saúde da população (CECÍLIO, 2009; LORENZETTI *et al.*, 2014).

Para Pires *et al.* (2019), esta temática é relevante, uma vez que a definição de políticas e o fazer em saúde é mediado pela gestão. Envolve aspectos relativos à coordenação do trabalho coletivo, assim como o provimento de ambientes de prática, incluindo uma gama complexa de elementos que interferem na eficácia, eficiência e efetividade dos serviços.

Isso tem sido refletido nas pesquisas sobre gestão em saúde, onde verifica-se que os assuntos mais citados foram: política de saúde e gestão na Atenção Primária à Saúde, gestão de recursos materiais, gestão de pessoas, gestão financeira, gestão da qualidade, planejamento, caracterização dos gestores, papel/atividades da gestão, desafios/dificuldades na gestão, potencialidades/facilidades na gestão. Predominaram estudos que trataram da gestão na Atenção Primária Saúde no contexto das reflexões sobre política de saúde e os que tratam dos desafios/dificuldades enfrentadas na gestão na Atenção Primária à Saúde (PIRES *et al.*, 2019).

Essas categorias ratificam o quão diversa é a Gestão em Saúde e o quão é necessário pensá-la na perspectiva multi e interdisciplinar, além da perspectiva interprofissional. É diversa no que diz respeito às temáticas envolvidas, às metodologias e às teorias que a sustentam, pois organização, planejamento e execução de ações no campo da saúde só produzem vida se forem levados em conta o máximo possível dos determinantes e condicionantes relacionados à saúde.

É recorrente a constatação de que a gestão em saúde ainda está ancorada em métodos e estratégias tradicionais, oriundas da teoria clássica da administração. E que construir novas formas de gestão na área da saúde, fundadas na participação, práticas cooperativas e interdisciplinares onde trabalhadores e usuários atuem como sujeitos ativos, permanece como desafio (LORENZETTI *et al.*, 2014). Soma-se ainda como desafio, o subfinanciamento do setor saúde, fragilizando ainda mais os processos de trabalho e dificultando os processos gerenciais (MAGNAGO; PIERANTONI, 2015; PIRES *et al.*, 2019).

Destacam-se, assim, como principais fragilidades da gestão em saúde: o despreparo dos profissionais para o exercício da administração, lentidão na incorporação de novas tecnologias de informação e processos de gestão e de organização do trabalho. No setor público, além disso, foram identificadas barreiras de legislação que restringem a agilidade necessária, a alta rotatividade dos gestores das esferas federativas em função da relação com os processos partidários e eleitorais, gerando descontinuidade, permanentes recomeços e

desmotivação dos profissionais e trabalhadores (LORENZETTI *et al.*, 2014).

Portanto, precisa-se refletir que o produzir Gestão em Saúde prescinde de questões intrínsecas e extrínsecas às instituições e que estas se beneficiam das tecnologias do cuidado. Para Santos, Frota e Martins (2016), a tecnologia não pode ser entendida somente como algo concreto, como um produto palpável, mas como resultado de um trabalho que envolve um aglomerado de ações abstratas ou concretas que apresentam uma finalidade. Desse modo, a tecnologia permeia o processo de trabalho em saúde, colaborando na construção do saber, expondo-se desde o momento da idealização, da criação, e da implementação do conhecimento, como também, é resultado dessa mesma construção. Ou seja, é concomitante processo e produto.

Tendo em vista esse contexto, o livro, ora apresentado, é produto das mais diversas discussões no Mestrado Profissional em Gestão em Saúde, apontando para as diferentes tecnologias imbrincadas nos processos de trabalho em saúde, como forma de superar a visão biomédica. Como afirma Nunes (1996), a prática da Saúde Coletiva na gestão dos sistemas/serviços visa, em última instância, superar a medicalização e o contraste público-privado, ressaltando a temática em seu caráter coletivo. Para tanto, é necessário que gestores e trabalhadores de saúde estejam atentos à produção científica da área para a melhor tomada de decisão, sendo a obra que lhes alcança um meio de obter essa atualização e aproximação com temas pertinentes e de leitura leve e didática.

REFERÊNCIAS

CECÍLIO, L. C. O. A morte de Ivan Ilitch, de Leon Tolstói: elementos para se pensar as múltiplas dimensões da gestão do cuidado. **Interface Comun Saúde Educ.**, v. 13, sup. 1, p. 545-544, 2009.

LORENZETTI, J. *et al.* Gestão em saúde no Brasil: diálogo com gestores públicos e privados. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 23, n. 2, p. 417-425, June 2014.

PAIM, J. S.; ALMEIDA FILHO, N. **A crise da saúde pública e a utopia da saúde coletiva.** Salvador: Casa da Qualidade, 2000, p. 125.

MAGNAGO, C.; PIERANTONI, C. R. Dificuldades e estratégias de enfrentamento referentes à gestão do trabalho na Estratégia Saúde da Família, na perspectiva dos gestores locais: a experiência dos municípios do Rio de Janeiro (RJ) e Duque de Caxias (RJ). **Saúde debate**, v. 39, n. 104, p. 9-17, 2015.

NUNES, E. D. Saúde coletiva: revisitando a sua história e os cursos de pós-graduação. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p. 55-69, 1996.

PIRES, D. E. P. *et al.* Gestão em saúde na atenção primária: o que é tratado na literatura. **Texto contexto - enferm.**, v. 28, e20160426, 2019.

SANTOS, Z. M. A.; FROTA, M. A.; MARTINS, A. B. T. **Tecnologias em saúde: da abordagem teórica a construção e aplicação no cenário do cuidado** [livro eletrônico] /. – Fortaleza: EdUECE, 2016.

SOBRAL, L. F.; BARROS, É. L.; CARNUT, L. A área de política, planejamento e gestão em saúde nas graduações em saúde coletiva no Brasil. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 879-894, dez. 2017.

ECONOMIA E FINANCIAMENTO EM SAÚDE

*Pedro Lopes Ferreira
Aida Tavares*

INTRODUÇÃO

O conceito da saúde como um direito surge, inicialmente, em três documentos produzidos após a Segunda Guerra Mundial. O primeiro destes documentos é a Constituição da Organização Mundial de Saúde (WHO, 1948) onde são afirmados princípios de felicidade e de relações harmoniosas e de segurança entre os povos. Um desses princípios é que a saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença ou enfermidade. Trata-se de uma afirmação extremamente importante como referencial para a saúde e de definição de metas ideológicas a seguir pela Organização e aconselhadas aos países-membros.

O segundo documento é a Declaração Universal dos Direitos Humanos (UN, 1948), adotada pela Organização das Nações Unidas em 10 de dezembro de 1948, que recentemente comemorou 70 anos. No seu artigo 25º é referido que “toda a pessoa tem direito a um nível de vida suficiente para lhe assegurar e à sua família a saúde e o bem-estar, principalmente quanto à alimen-

tação, ao vestuário, ao alojamento, à assistência médica e ainda quanto aos serviços sociais necessários”.

O terceiro documento foi a Declaração de Alma-Ata (WHO, 1978), de setembro de 1978, que também recentemente comemorou 40 anos, onde se define saúde como o “grau segundo o qual um indivíduo ou grupo é capaz de realizar aspirações, satisfazer necessidades e de mudar ou lidar com o meio ambiente”.

Sendo esta encarada como um recurso para a vida do dia a dia, não o objetivo da vida. Nesta Declaração é também afirmado que:

A chocante desigualdade existente no estado de saúde dos povos, particularmente entre os países desenvolvidos e em desenvolvimento, assim como no interior dos países, é política, social e economicamente inaceitável, e constitui por isso objeto da preocupação comum de todos os países (WHO, 1978).

É defendido, assim, que:

“Todos os governos devem formular políticas nacionais, estratégias e planos de ação para lançar e sustentar os cuidados primários de saúde como parte de um sistema nacional de saúde integral e em coordenação com outros sectores” e que, para tal, “será necessário exercitar a vontade política, mobilizar os recursos do país e usar recursos externos disponíveis de uma forma racional”, relata Who (1978).

Alinhadas perfeitamente com o conteúdo desses documentos estão as Constituições de Portugal e do Brasil. Em Portugal, a Constituição de 02 de abril de

1976 consagra, na sua versão atual, a proteção da saúde como um dever, mas, sobretudo, como um direito de todos, realizado através de um Serviço Nacional de Saúde (SNS) “universal, geral e, tendo em conta as condições econômicas e sociais dos cidadãos, tendencialmente gratuito”. Estabelece ainda no Artigo 64^a que a gestão do SNS é descentralizada e participada. Além disso, para assegurar o direito à proteção da saúde, a Constituição Portuguesa afirma que incumbe prioritariamente ao Estado, entre outros aspectos, garantir o acesso a todos os cidadãos, i.e., a universalidade, garantir a equidade de acesso, considerada muitas vezes como um desdobramento da universalidade, e orientar a sua ação para o financiamento público dos custos em saúde.

Também a Constituição da República Federativa do Brasil, promulgada a 05 de outubro de 1988, respectivamente nos seus artigos 196^o e 197^o, afirma que “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” e “que são de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado”.

Implicitamente essas duas leis fundamentais, embora anteriores, estão em perfeita sintonia com o conceito da OMS de “saúde em todas as políticas” ao prever

a criação de políticas públicas associadas à promoção da saúde e aos determinantes sociais (WHO, 2014). Este direito à saúde, entendido como o direito em níveis mais elevados de saúde, impõe uma obrigação imediata aos governos para proteger os cidadãos de discriminação, incluindo no acesso aos serviços de saúde.

Sistema de saúde

A OMS define sistema de saúde de uma forma bem mais abrangente, incluindo todos os atores, instituições e recursos que se destinam, como objetivo principal, a promover, restaurar ou manter a saúde (WHO, 2007). Esta definição inclui os cuidados médicos personalizados, os cuidados domiciliários, as ações aliviadoras tradicionais e a utilização de medicamentos, prescritos ou não. Inclui também as atividades normais de saúde pública de promoção da saúde, de prevenção da doença e todas as intervenções que potenciam a saúde e que têm a saúde como o seu objetivo principal. Para a OMS, o conceito de sistema de saúde não se esgota nas intervenções preventivas, curativas e paliativas.

Os sistemas de saúde têm, assim, a responsabilidade de melhorar a saúde das pessoas e protegê-las dos custos financeiros da doença, desta forma, tratá-las com dignidade (WHO, 2000). Isto consegue-se através do aumento da capacidade e da qualidade da prestação de cuidados, da garantia de cobertura de toda a população e de que estes serviços se mantêm acessíveis a todos.

Objetivos finais de um sistema de saúde

Desse modo, qualquer sistema de saúde tem três objetivos principais e seis funções genéricas (WHO, 2000). O primeiro objetivo é a saúde, a razão de ser de qualquer sistema de saúde, o seu objetivo principal. Outros sistemas também podem contribuir para a saúde das pessoas (e.g., os sistemas educativo e rodoviário), mas não têm a saúde como o seu objetivo principal.

O segundo objetivo, o objetivo social, é a resposta do sistema às legítimas expectativas dos cidadãos. Nesse contexto, o cidadão é visto na dupla qualidade de indivíduo com direitos e de utilizador de serviços de saúde, englobando oito dimensões. As tabelas 1 e 2 apresentam o conteúdo semântico dessas oito dimensões.

Tabela 1 – Indicadores de resposta em relação ao respeito pelas pessoas

Comunicação	Dar ao doente a atenção devida; fornecer explicações numa forma compreensível; dar tempo para colocar questões.
Dignidade	Tratar com respeito; manter a privacidade durante a prestação de cuidados.
Autonomia	Envolver o doente no processo de decisão sobre outras opções de tratamentos (caso ele queira); obter a autorização para a realização de exames de diagnóstico ou tratamentos.
Confidencialidade	Manter o processo clínico confidencial; garantir que a informação na posse dos prestadores de cuidados seja mantida confidencial.

Fonte: Adaptado de WHO (2000).

Tabela 2 – Indicadores de resposta em relação à orientação para o utilizador

Prontidão no atendimento	Proporcionar tempos de espera razoáveis para a realização de exames ou consultas e fornecer os seus resultados rapidamente; proporcionar tempos de espera razoáveis para as cirurgias não urgentes.
Liberdade de escolha	Ser possível a escolha do prestador de cuidados dentro da unidade de saúde; ser permitido ao doente a possibilidade de obter uma segunda opinião dentro da unidade de saúde.
Apoio social	Ser permitido o acompanhamento de familiares ou amigos nas consultas e urgências; ser permitido o fornecimento de bens de que os doentes sintam necessidade; haver liberdade de culto.
Qualidade das instalações	Ter espaço, conforto e ventilação nas salas de espera; haver limpeza nas instalações, incluído WC; proporcionar uma alimentação saudável e agradável.

Fonte: Adaptado de WHO (2000).

Em terceiro lugar, sendo o sistema de saúde pago pela sociedade, parece óbvio que tenha como objetivo a justiça na contribuição financeira, o denominado objetivo financeiro. O risco que cada agregado familiar tem relativamente aos custos de acesso ao sistema de saúde deve ser baseado na capacidade para pagar e não na doença. E, principalmente, a sua contribuição deve ser sempre feita com antecedência e nunca quando da efetiva prestação de cuidados. É injusto um sistema no qual os indivíduos ou agregados familiares sejam forçados a entrar na pobreza para pagar os custos dos cuidados de saúde, ou forçados a prescindir de cuidados devido aos custos apresentados.

Duas razões fazem com que esses dois últimos objetivos sejam particularmente significativos, se compararmos um sistema de saúde com qualquer outro sistema social, como o sistema educativo. A primeira é

que os cuidados de saúde podem ser extremamente dispendiosos e, devido à imprevisibilidade da doença, é vital para as pessoas não terem de escolher entre a ruína financeira e a perda da saúde. A outra razão é que a doença e os cuidados de saúde podem ameaçar a dignidade das pessoas e a sua capacidade de controle das coisas, mais do que a maioria das outras situações a que podem estar expostas.

A eficiência aparece aqui associada àquilo que os economistas da saúde denominam eficiência ampla, que ultrapassa os conceitos tradicionais e engloba a eficiência econômica, mas também aspectos distributivos. Isto é ilustrado na tabela 3.

Tabela 3 – Objetivos de um sistema de saúde

OBJETIVOS	NÍVEL	DISTRIBUIÇÃO
Saúde	✓	✓
Resposta	✓	✓
Contribuição financeira	-	✓
	Qualidade	Equidade

Fonte: Elaborada pelos autores.

Funções de um sistema de saúde

Ora, analisar o desempenho de um sistema de saúde significa ver o que se consegue com esse sistema e o que se faz. Para que estes objetivos sejam alcançados, um sistema de saúde tem de desempenhar determinadas funções, que podem ser classificadas de acordo com a tabela 4 (WHO, 2007):

Tabela 4 – Funções de um sistema de saúde

Prestação	Bons serviços de saúde em nível pessoal e populacional, abrangendo a prevenção de doenças, promoção da saúde, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos. Inclui normas para garantir acesso, segurança, qualidade, efetividade e prestação de contas.
Financiamento	Um bom financiamento de um sistema de saúde angaria fundos adequados, suficientes e de partilha de risco com a população, remove barreiras financeiras e evita despesas catastróficas. Um sistema efetivo de financiamento garante a disponibilidade de serviços de saúde de qualidade disponíveis para toda a população, de acordo com as necessidades.
Recursos humanos	Profissionais de saúde com bom desempenho são aqueles que exercem as suas funções de uma forma justa e eficiente, e que respondem às necessidades, de modo a obter os melhores resultados possíveis, dados os recursos e as circunstâncias. Isto é, são em número suficiente, numa mistura justamente distribuída, competentes e produtivos.
Medicamentos e tecnologias essenciais	Garantia de acesso a medicamentos essenciais, vacinas e outras tecnologias de saúde para garantir a qualidade, a segurança, a custo-efetividade e a sua utilização custo-efetiva. Inclui um sistema efetivo de distribuição de medicamentos e tecnologias da saúde essenciais e um sistema regulatório de autorização de comercialização e vigilância de medicamentos e produtos terapêuticos.
Sistemas de informação	Um sistema de informação em saúde a funcionar bem é o que garante a recolha, produção, gestão, análise e partilha de informação sobre o estado de saúde, determinantes de saúde e todos os aspectos do desempenho do sistema de saúde, incluindo o progresso no cumprimento de objetivos e metas, melhoria da equidade e utilização eficiente dos recursos.
Liderança e governança	Inclui políticas, estratégias, incentivos e mecanismos de prestação de contas. Os seus domínios são (i) a geração de informação estratégica, (ii) a formulação de políticas, (iii) a garantia de ferramentas para implementação de poderes, incentivos e sanções, (iv) a construção de coligações e parcerias, (v) a garantia de ajuste entre objetivos de políticas e estruturas organizacionais, e (vi) a garantia de responsabilização (<i>accountability</i>)

Fonte: Adaptado de WHO (2007).

Objetivos intermédios de um sistema de saúde

No entanto, para que os objetivos finais sejam atingidos há ainda que equacionar objetivos intermédios. A tabela 5 descreve esses objetivos intermédios.

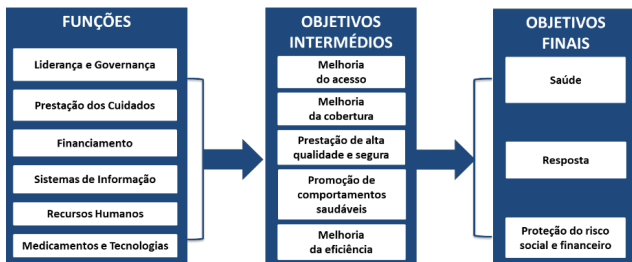
Tabela 5 – Objetivos intermédios de um sistema de saúde

Melhoria do acesso	A melhoria do acesso engloba uma melhor acessibilidade física e financeira. A acessibilidade física corresponde à disponibilidade de serviços de saúde a razoável distância dos que precisam deles e uma oferta que permita às pessoas obter os serviços quando deles necessitam. A acessibilidade financeira inclui a capacidade para pagar os serviços sem criar dificuldades financeiras e tem em conta não só o preço dos serviços de saúde, mas também os custos indiretos e de oportunidade.
Cobertura	A cobertura capta a utilização dos serviços de saúde sem risco de dificuldades financeiras de pagamentos exorbitantes do próprio bolso (<i>out-of-pocket</i>) dos cidadãos. Envolve desde a promoção da saúde à prevenção, tratamento, reabilitação e palição, bem como a cobertura como uma forma de proteção de risco financeiro. Inclui também a aceitabilidade, i.e., a vontade dos indivíduos para procurar serviços, sendo baixa quando os cidadãos percebem os serviços como não efetivos ou quando fatores sociais e culturais os desencorajam de procurar os serviços.
Prestação de alta qualidade e segura	Pressupõe o registo dos cuidados prestados a um doente e a qualidade clínica com as suas componentes humanas e não humanas, assim como os sistemas de produção. Inclui também a qualidade do serviço, englobando componentes hoteleiras, de conveniência (e.g., tempo de viagem, tempo de espera, horas de abertura) e relações interpessoais.
Promoção de comportamentos saudáveis	Compreende a promoção da saúde e desenvolvimento de estratégias individuais, de grupo, institucionais, comunitárias e sistêmicas para melhorar a literacia, as atitudes, as capacidades e os comportamentos em saúde.
Melhoria da eficiência	(Eficiência econômica). Corresponde à elaboração dos resultados necessários à produção dos objetivos, ou estar na fronteira da produção.

Fonte: Adaptado de WHO (2007).

A perspectiva conjunta das funções e dos objetivos de um sistema de saúde fornece uma estrutura completa de avaliação do desempenho de qualquer sistema de saúde como apresentada na figura 1.

Figura 1 - Avaliação do desempenho de um sistema de saúde



Fonte: Elaborada pelos autores.

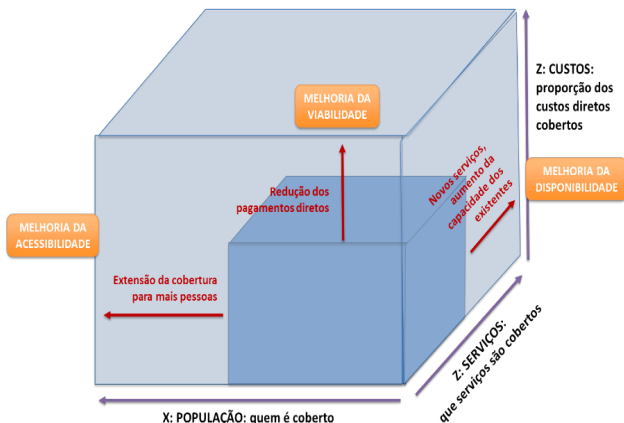
Cobertura universal

Abordando com um pouco mais de detalhe o conceito de universalidade, a cobertura universal em saúde tem como objetivo garantir que todos os membros da população e suas comunidades tenham acesso aos serviços de saúde preventiva, curativa, de reabilitação e paliativa, com efetiva qualidade, sem serem expostos a dificuldades financeiras.

No entanto, sempre que falamos em universalidade em saúde, estamos a referir três componentes interrelacionadas: (i) a cobertura da população, (ii) o leque de serviços disponíveis e (iii) a extensão da pro-

teção financeira relativamente aos custos dos serviços de saúde (BUSSE E SCHLETTE, 2007; WHO, 2008, 2010). A figura 2 apresenta o denominado cubo da universalidade dos cuidados de saúde.

Figura 2 – Cubo da universalidade de cuidados de saúde



Fonte: Adaptado de WHO (2008) e Busse e Schlette (2007).

É intuitivo deduzir-se que a universalidade melhora os resultados em saúde, pois assim as pessoas têm mais acesso aos cuidados quando deles necessitam e de uma forma atempada. Este conceito de universalidade inclui aspectos como o acesso aos serviços de saúde e aos medicamentos, à informação necessária, à manutenção de um equilíbrio físico e mental saudável, a ações de promoção em saúde individuais ou coletivas, e outras políticas públicas que lidam com os determinantes em saúde.

Para isso, o financiamento é essencial, principalmente para garantir, de novo, que os cidadãos estão protegidos dos custos dos cuidados de saúde. No entanto, segundo a OMS (WHO, 2010), ao formular as políticas de saúde, há sempre que ter em conta três configurações. O primeiro é que qualquer que seja o país, há sempre uma percentagem da população que é mais pobre e que não contribui o suficiente para o sistema de saúde através dos impostos ou prêmios de seguros, o que faz com que tenha de ser subsidiado, normalmente por fundos governamentais. O segundo enfoque é que as contribuições têm de ser obrigatórias pois, se assim não for, haveria sempre parte da população (a mais rica) que tentaria excluir-se da contribuição financeira. Por fim, o terceiro alerta é o fato de os fundos existentes para proteger os cidadãos das suas necessidades em saúde correrem o risco de não serem sustentáveis ao longo do tempo devido, essencialmente, ao crescente aumento das despesas em saúde.

Assim, tem sempre que ter em conta os compromissos entre a população abrangida, os serviços a serem disponibilizados e os custos a pagar pelo cidadão.

A caixa no interior desta figura 2 descreve a situação de um determinado país. Para se aproximar da cobertura universal, há que estender a cobertura para mais pessoas, oferecer mais serviços, e fazer com que haja uma, cada vez menor, percentagem dos custos a pagar pelos cidadãos.

O ideal será sempre ocupar a maior parte do cubo definido pelas três dimensões. Chama-se, no entanto, a

atenção para o fato da redução dos pagamentos diretos não resolver necessariamente o problema do acesso aos cuidados de saúde. Problemas financeiros podem fazer com que as pessoas não adquiram os medicamentos necessários, especialmente em doenças crônicas, ou não tenham condições para pagar o transporte ao deslocarem-se a uma consulta.

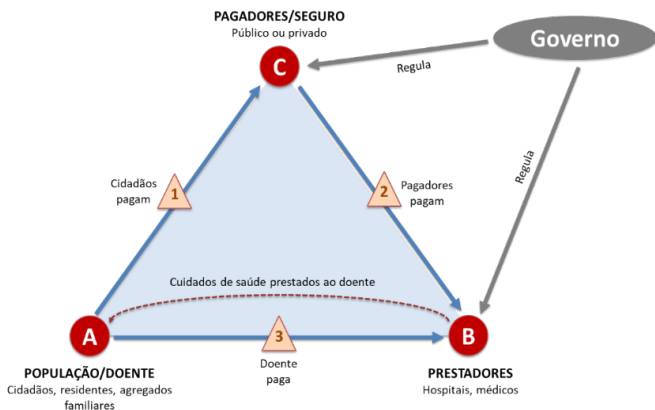
Financiamento dos cuidados de saúde

O triângulo dos P's da saúde

O setor da saúde apresenta características particulares que o diferenciam de outros setores sociais e econômicos. Os participantes desse setor são as pessoas/população, os prestadores e os pagadores/seguros. Pode-se também acrescentar o governo como a parte que regula os comportamentos dos vários participantes no setor.

Essas três partes participantes podem, assim, ser designadas por três P's: pessoas/população, pagadores e prestadores, conforme ilustrado na figura 3 adaptada por Strassmayr *et al.* (2013) de Reinhardt (1990).

Figura 3 - O triângulo dos P's da saúde



Fonte: Adaptado de Reinhardt (1990).

A relação entre cada uma dessas partes é naturalmente assimétrica e entre elas não há uma relação de natureza bilateral, mas triangular. Assim, as pessoas pagam para o seguro e recebem cuidados de saúde dos prestadores; os prestadores recebem o pagamento do seguro e prestam serviços às pessoas; o seguro recebe os pagamentos feitos pelas pessoas e paga aos prestadores.

Os interesses de cada uma das partes são distintos e podem não coincidir dando azo a problemas de informação assimétrica e mau funcionamento do sistema de saúde. É esta a principal característica que justifica o papel do governo enquanto regulador. Cabe ao governo regular a cobertura oferecida às pessoas em relação aos beneficiários e aos serviços incluídos na cobertura e à

prestação sobre quem pode legalmente oferecer serviços e bens de saúde. O governo visa otimizar os recursos existentes para maximizar a saúde da população.

Esta intrincada relação triangular entre as diferentes partes influencia a equidade e a eficiência do sistema de saúde. A forma como é feita a recolha de receitas tem um impacto significativo na equidade do sistema; os mecanismos compensadores das diferenças de risco e de capacidade para pagar influem na equidade e eficiência do sistema. Por outro lado, os processos utilizados no pagamento aos prestadores influenciam também a equidade e a eficiência do sistema por intermédio de incentivos económicos implícitos. Por fim, é esta relação triangular que permite caracterizar diferentes modelos de financiamento dos sistemas de saúde.

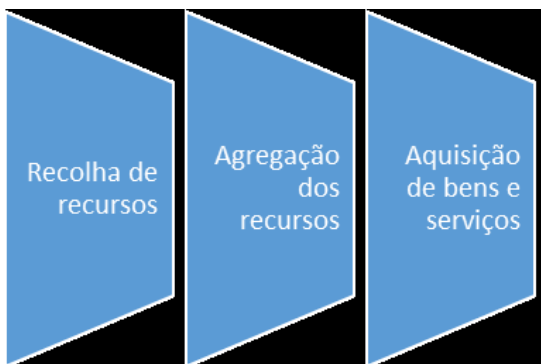
Funções de financiamento

O financiamento dos sistemas de saúde é fundamental para se manter o seu correto funcionamento e, assim, se cumprirem os seus objetivos, como atrás descritos. O propósito do financiamento dos sistemas de saúde é múltiplo e inclui a disponibilização de recursos financeiros, a definição de incentivos financeiros adequados aos prestadores, a garantia de acesso a cuidados de saúde a todos os indivíduos sem que estes corram o risco de realizarem despesas catastróficas ou empobrecerem (WHO, 2000). Em 2005, os Estados-Membros da OMS subscreveram uma resolução que incentiva os

governos a desenvolverem sistemas de financiamento da saúde que visem atingir e manter uma cobertura universal (WHO, 2005).

O financiamento dos sistemas de saúde tem três funções básicas ilustradas na figura 4: (i) recolha de recursos financeiros, (ii) agregação destes recursos e (iii) aquisição de bens e serviços (MOSSIALOS *et al.*, 2002).

Figura 4 – Funções de financiamento



Fonte: Elaborado pelos autores.

A recolha de recursos financeiros (do inglês, *revenue collection*) visa angariar fundos financeiros pagos por diversas fontes, como as famílias, as empresas ou mesmo entidades externas. Esses fundos incluem impostos e contribuições sociais obrigatórias relacionadas com o salário, pagamentos diretos e, em alguns casos, doações. Esta função de angariação de recursos financeiros pode ser diferente entre os países. Assim, nos países de rendimento mais elevado, as principais fontes

são a tributação e as contribuições sociais, enquanto nos países de rendimento médio ou mais baixo são os pagamentos diretos e as doações internacionais.

A agregação dos recursos (do inglês, *pooling*) tem um papel fundamental na partilha coletiva do risco de doença, isto é, na diversificação do risco individual pelo coletivo de indivíduos. Por esse motivo, a agregação de recursos também se denomina ‘função de seguro’. Dessa forma, cada indivíduo fica protegido das despesas em saúde inesperadas resultantes da doença.

Fundamenta-se na ideia de redistribuição das despesas em saúde entre os indivíduos de risco baixo e os de risco elevado de doença, entre os indivíduos de rendimento elevado e o de rendimento baixo e entre os indivíduos ativos e os não ativos no mercado de trabalho (BAEZA *et al.*, 2002). O mecanismo de pagamento fundamental para atingir esta equidade nas despesas em saúde é o pré-pagamento. Na ausência da agregação de recursos financeiros e do pré-pagamento, os serviços de saúde são como qualquer outro serviço de consumo.

Essa função tem a potencialidade de reduzir a incerteza das pessoas quanto à despesa em saúde, e dos prestadores quanto aos pagamentos realizados. Assim, a estabilidade da procura e dos fluxos financeiros contribui para que os indivíduos possam aceder aos cuidados de saúde e que os prestadores possam levar a cabo operações de investimento. No entanto, a agregação de fundos funciona melhor com um coletivo de indivíduos grande do que pequeno, pois um grande número de contribuintes aumenta o montante dos recursos financeiros dispo-

níveis, viabiliza a exploração de economias de escala na administração do sistema e garante uma parte significativa e suficiente para pagar os bens e serviços de saúde.

A função de aquisição de bens e serviços aos prestadores, públicos e/ou privados (do inglês, *purchasing*), assegura a disponibilização destes bens e serviços quando necessários. Esta aquisição pode ser realizada de forma passiva ou estratégica. Enquanto a utilização de um orçamento ou formas de pagamento *a posteriori* reflete uma aquisição passiva, a procura estratégica em otimizar o desempenho do sistema de saúde leva a escolhas sobre quais, como e a quem pagar pelos bens e serviços prestados.

As formas de pagamento aos prestadores são variadas e fornecem diferentes incentivos ao prestador quanto ao tipo, qualidade e quantidade dos serviços prestados, quanto à contenção de custos e resposta às expectativas. Essas formas de pagamento incluem o orçamento (específico ou global), a capitação, os pagamentos baseados no diagnóstico ou nos resultados obtidos e, ainda, os pagamentos por serviço prestado.

As funções gerais de financiamento do sistema de saúde estão habitualmente integradas no governo central e no Ministério da Saúde. No entanto, a recolha dos recursos pode estar a cargo do Ministério das Finanças ou dos seguros sociais de saúde. Enquanto as funções de recolha de receitas e agregação dos fundos, no geral, são feitas pela mesma entidade organizacional; as funções de prestação e pagamento aos prestadores são feitas por entidades organizacionais diferentes.

Modelos de financiamento

Como vimos, as fontes de financiamento dos sistemas de saúde são diversas e compreendem os impostos diretos e indiretos, as contribuições sociais obrigatórias, os pagamentos diretos e os apoios financeiros internacionais ou doações. Este último tipo de financiamento, oferecido habitualmente por agências internacionais e organizações não governamentais, existe nos países de baixo-médio rendimento.

A caracterização dos modelos de financiamento fundamenta-se, assim, no tipo de financiamento em que este assenta. Em seguida, descrevemos os quatro modelos básicos de financiamento dos atuais sistemas de saúde: (i) modelo Bismarck, (ii) modelo Beveridge, (iii) modelo de seguro comunitário e (iv) modelo de mercado. No entanto, hoje em dia não há modelos puros, todos são mistos.

Modelo de Bismarck

Nos finais do século XIX, na Alemanha, vivia-se uma fase de expansão industrial e de desagrado por parte dos trabalhadores. As forças do liberalismo e do socialismo moderno emergentes desestabilizavam a paz social. Em 1883, o chanceler Otto von Bismarck propõe então a “lei do seguro de saúde”, como resposta ao contexto sociopolítico da época. Essa lei estabelecia que os serviços de saúde eram prestados numa base local e

que os seus custos eram divididos entre trabalhadores e empregadores.

Os estabelecimentos de saúde local eram então geridos por um comitê eleito pelos membros locais, com os trabalhadores a contribuírem com dois terços e os empregadores com o restante terço dos custos do seguro de saúde. Desse modo, Bismark conseguiu manter a força de trabalho saudável e produtiva, garantindo o desenvolvimento e o crescimento da indústria em paz social.

O modelo de Bismark, ou de seguro social de saúde, caracteriza-se por ter uma contribuição obrigatória das pessoas empregadas e dos empregadores para um seguro ou fundo (do inglês, *sickness fund*). Essa contribuição é baseada no salário, ou seja, na capacidade para pagar, e não no risco de doença da pessoa. A gestão dessas contribuições é feita por entidades autônomas e independentes do governo e o acesso aos cuidados de saúde é feito segundo o princípio da necessidade e não do rendimento.

Ao mesmo tempo, o governo assegura o pagamento do seguro de saúde àqueles que não têm capacidade para pagar, uma vez que o seguro de saúde é obrigatório para todos os cidadãos.

Os prestadores de cuidados de saúde, por um lado, são privados e o pagamento a esses prestadores é feito pelos seguros de saúde. Esses seguros podem ser múltiplos, competindo, ou não, entre si, mas pode também existir um seguro único nacional, que é o único “pagador” de cuidados de saúde no país. Neste caso,

designa-se o modelo de financiamento como “seguro nacional de saúde”. A Alemanha é o exemplo da coexistência de múltiplos seguros concorrentes, o Japão tem múltiplos seguros não concorrentes e a França tem um seguro único.

Em qualquer dos casos, os seguros de saúde estão sujeitos a uma forte regulação governamental, não podendo gerar lucros, recusar segurados e mantendo os preços controlados.

As vantagens e as desvantagens deste modelo de financiamento são apresentadas na tabela 6.

Tabela 6 – Vantagens e as desvantagens do modelo de Bismark

Vantagens	Desvantagens
<ul style="list-style-type: none">- Contribuições obrigatórias baseadas na capacidade para pagar.- Protege o financiamento da saúde do processo anual orçamental.- Fonte adicional de receita em saúde.	<ul style="list-style-type: none">- Os pobres são muitas vezes excluídos, a menos que subsidiados pelo governo.- Impacto potencialmente negativo no emprego pelo aumento dos custos de produção.- Os custos administrativos podem ser altos se fragmentados.- Os cuidados cobertos normalmente não cobrem os aspectos de promoção, prevenção e condições crônicas.

Fonte: Elaborado pelos autores.

Modelo de Beveridge

A partir do fim da Segunda Guerra Mundial, a saúde passa a ser um direito que os governos devem proteger e salvaguardar por via de um sistema de saúde. É neste contexto ideológico que William Beveridge, economista

britânico e membro do Parlamento apresenta, em 1942, o chamado “Relatório Beveridge”, que é depois adotado no programa governamental dos trabalhistas eleitos em 1945 no Reino Unido. O exemplo clássico do modelo de Beveridge é o National Health System daquele país.

O financiamento do modelo de Beveridge assenta na tributação através de impostos diretos ou indiretos e na gestão do orçamento destinado à prestação dos cuidados de saúde e da competência do Ministério da Saúde. A prestação de cuidados de saúde é feita por prestadores públicos e pagos pelo Estado e toda a população. Definida pelo critério da cidadania, a cobertura é universal, tendo os serviços de saúde prestados à natureza de um serviço público.

As vantagens e as desvantagens deste modelo de financiamento são apresentadas na tabela 7.

Tabela 7 – Vantagens e as desvantagens do modelo de Beveridge

Vantagens	Desvantagens
<ul style="list-style-type: none">- Distribuição do risco por toda a população.- Baseia-se em diferentes fontes de receita.- Sistema único de governança centralizada com o potencial para uma eficiência administrativa e controle de custos administrativos.	<ul style="list-style-type: none">- Financiamento instável devido a alterações do processo anual de orçamento.- Sensibilidade a pressões políticas.- Beneficia, muitas vezes, os cidadãos mais ricos de uma forma desproporcionada (sistema de impostos pouco progressivo).- Possível ineficiência devido à falta de incentivos e a uma gestão efetiva do setor público.

Fonte: Elaborado pelos autores.

Modelo de seguro comunitário

Nos países de baixo-médio rendimento, os governos dispõem de meios limitados para mobilizar recursos financeiros que sustentem um sistema de saúde e, assim, possam prestar os cuidados de saúde necessários à população. Este problema foi designado como a lacuna do financiamento da saúde (do inglês, *health care financing gap*) no âmbito dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (UN, 2015; WH/WB, 2017). Existe um consenso sobre o benefício e a proteção financeira do pré-pagamento regular para fazer face a despesas inesperadas em saúde (WHO, 2000).

Recorrendo aos princípios do pagamento voluntário de um seguro de saúde, foram criados os seguros de saúde de base comunitária. Esses seguros visam cobrir uma comunidade que partilha da mesma profissão, religião, grupo étnico ou simplesmente por proximidade geográfica e que, voluntariamente, contribuem para um fundo comum destinado às despesas de saúde da comunidade. São seguros sociais e não visam o lucro, conseguindo-se desta forma agregação do risco e uma partilha de recursos, evitando que, em caso de doença, as pessoas incorram em despesas catastróficas ou caiam no limiar da pobreza.

A vantagem mais significativa deste tipo de seguros é o envolvimento da comunidade na gestão e governança do fundo para a saúde. Contudo, os seguros comunitários não cobrem os indivíduos mais pobres e mais vulneráveis da sociedade. Por outro lado, a sua

base contributiva é pequena o que lhe confere pouca capacidade de redistribuição do risco entre os participantes.

Modelo de mercado e pagamento direto

Num mercado livre e competitivo os bens e serviços em saúde são transacionados de acordo com a lei da oferta e da procura. Nesse contexto, podem ser identificadas duas fontes de financiamento das despesas em saúde: (i) os seguros privados e voluntários de saúde e (ii) os pagamentos diretos.

Os seguros privados e voluntários de saúde funcionam basicamente como qualquer mecanismo de agregação de fundos financeiros e diversificação do risco, fornecendo uma cobertura total ou parcial das despesas que resultam de doença ou acidente. No mercado concorrencial, o objetivo desses seguros é maximizar o seu lucro.

Quando existem despesas em saúde e não há uma cobertura de seguro, as pessoas são obrigadas a realizar pagamentos diretos. Esses pagamentos diretos (ou *out-of-pocket*) incluem qualquer pagamento feito aos prestadores de cuidados em saúde, quer por serviços quer por bens adquiridos. A forma simples de definir o pagamento direto é aquele montante monetário que sai diretamente do orçamento familiar para pagar despesas em saúde. Essa forma de pagamento, que existe em qualquer sistema de saúde, é injusta pela sua regres-

sividade e tem a potencialidade de restringir o acesso a cuidados de saúde, de gerar despesas catastróficas e empobrecimento das pessoas.

Desafios atuais

Atualmente, nenhum sistema de financiamento é puro e todos os sistemas apresentam características diferentes e mescladas originais de diferentes sistemas. Alguns autores sugerem mesmo que se caminha para sistemas do tipo Bev-marck e Bis-ridge dada a diversidade das fontes de financiamento e à crescente desconexão entre cobertura em saúde e o mercado de trabalho. No entanto, continua-se a classificar os sistemas de financiamento com base nas fontes primordiais de financiamento e nas características dominantes do sistema.

Na Europa, entre os países com um sistema de financiamento predominantemente tipo Bismark encontram-se a Alemanha, a Áustria, a Bélgica, a Holanda e a França; entre os países do tipo Beveridge contam-se a Dinamarca, a Finlândia, a Espanha, Portugal, a Suécia e o Reino Unido. A título de exemplo, e comparando os países fundadores dos modelos de financiamento de Bismark e de Beveridge, em 2015, na Alemanha, cerca de 78% da despesa corrente em saúde era assegurada pelos seguros sociais obrigatórios, enquanto no Reino Unido cerca de 80% era assegurada pelo governo. O Chipre é um país onde dominam os pagamentos diretos como forma de financiamento das despesas em saúde. Neste país, no mes-

mo ano, cerca de 44% da despesa corrente em saúde era feita por pagamentos diretos (EUROSTAT, 2019).

A realidade da América Latina é muito diversificada, existem países com diferentes níveis de desenvolvimento econômico de baixo-médio rendimento. No geral, nestes países o nível de pagamentos diretos é elevado. No entanto, é possível identificar algumas tendências. Alguns dos países que apresentam características mais próximas do sistema de Bismarck incluem a Argentina, a Colômbia, a Costa Rica e o Uruguai e o conjunto de países com características mais próximas do sistema de Beveridge, que inclui o Brasil, o Chile e a Jamaica. Por fim, aqueles países que apresentam um peso muito elevado das despesas diretas das famílias incluem o Equador, a Guatemala, o México, as Honduras e a Venezuela (ATUN *et al.*, 2015; PAHO/WHO-A, 2017).

Os desafios atuais que se colocam aos sistemas de financiamento são diferenciados consoante o país em causa. Não há uma solução que sirva todos, cada país tem o seu contexto e o seu sistema de saúde e, portanto, cada país tem que procurar o sistema de financiamento que considera melhor, mais equitativo e eficiente.

Nos países de baixo-rendimento permanece o difícil desafio da oferta de cuidados de saúde à população a par da dificuldade de cumprimento dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (SCHIEBER *et al.*, 2006).

As fontes de financiamento externo desempenham um papel importante no apoio aos cuidados de saúde. O problema desta forma de financiamento, no entanto, é a sua volatilidade e imprevisibilidade. Por

outro lado, esta forma de financiamento esbarra com frequência nas restrições de capacidade do sistema de saúde e do funcionamento do próprio país, como sejam limitações institucionais, políticas, de recursos humanos e macroeconômicas.

O pagamento por utilização é habitualmente utilizado pelos governos destes países. Esses pagamentos são uma forma de mobilização de recursos financeiros que viabilizam o funcionamento dos cuidados públicos de saúde. O desafio destes governos é alterar a fonte de financiamento para outra mais equitativa. Adstrito a este desafio de financiamento mais equitativo, está o alargamento da base dos contributos, que tornam a diversificação do risco mais efetiva. Os seguros baseados na comunidade têm sido uma resposta limitada e que precisam de ser alargados a uma escala maior ou mesmo nacional.

Os países de médio-rendimento enfrentam o desafio da implementação da cobertura universal com um sistema de saúde equitativo e eficiente.

As despesas diretas para pagamento de cuidados de saúde continuam a registrar valores elevados e a função de compra e pagamento aos prestadores apresenta deficiências geradoras de ineficiência. Essa função do sistema de financiamento está separada da função da recolha de fundos e da provisão dos cuidados de saúde, pode requerer reformas na gestão e governança dos serviços públicos, que nestes países exigem um esforço sócio-político-institucional significativo. As elevadas despesas diretas refletem a disparidade das despesas

em saúde pela população. O grupo social de menor rendimento paga percentualmente uma despesa mais elevada do que o de maior rendimento. A reestruturação da angariação nacional dos recursos visa, assim, um sistema mais equitativo e eficiente.

Nos países de elevado-rendimento o desafio que, atualmente, sobressai e se levanta ao financiamento dos sistemas de saúde que decorre do processo de transição demográfica, correspondente ao envelhecimento da população e ao declínio das taxas de fertilidade. Esse fenômeno resulta, por um lado, numa percentagem da população contribuinte para os recursos financeiros de financiamento do sistema de saúde, quer em impostos quer em contribuições sociais obrigatórias, cada vez menor. Por outro lado, o envelhecimento da população pode significar um aumento das despesas em saúde, em particular, em cuidados de longa duração e em cuidados com doenças crônicas. Nesse cenário, os desafios que se colocam referem-se à procura de novas abordagens de controle das despesas em saúde, da diversificação das fontes e do aumento de valores angariados para financiar o sistema de saúde.

REFERÊNCIAS

ATUN, R.; MONTEIRO DE ANDRADE, L.O.; ALMEIDA, G.; COTLEAR, D.; DMYTRACZENKO, T.; FRENZ, P.; GARCIA, P.; GÓMEZ-DANTÉS, O.; KNAUL, F.M.; MUNTANER, C.; PAULA, J.B.; RÍGOLI, F.; CASTELL-FLOMIT, P.S.; WAGSTAFF, A. Health-system reform and universal health coverage in Latin America. **Lancet**. 2015; 385: 1230–47.

BAEZA, C.; CROCCO, P.; NÚÑEZ, M.; SHAFFER, M. Toward decent work: social protection in health for all workers and their families. In: **Strategies and tools against social exclusion and poverty**. Geneva: International Labor Organization, 2002.

BUSSE, R.; SCHLETTE, S. (eds.). **Focus on prevention, health and aging, new health professions**. Gütersloh, Verlag Bertelsmann Stiftung, 2007.

EUROSTAT. Statistics Explained. Disponível em: [https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=File:Healthcare_expenditure_by_financing_scheme,_2015_\(%25_of_current_healthcare_expenditure\)_FP18a.png](https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=File:Healthcare_expenditure_by_financing_scheme,_2015_(%25_of_current_healthcare_expenditure)_FP18a.png). Access: 22 jun. 2019.

MOSSIALOS, E.; DIXON, A.; FIGUERAS, J.; KUTZIN, J. (eds.). **Funding health care: options for Europe**. Buckingham: Open University Press, 2002.

PAHO/WHO-A. Health financing in the Americas. Health in the Americas+. Pan America Health Organization and WHO Americas, 2017.

REINHARDT, U.E. Economic relationships in health care. In: **OECD Health Care Systems in Transition: the Search for Efficiency**. Paris: Organisation for Economic Cooperation and Development, 1990.

SCHIEBER, G.; BAEZA, C.; KRESS, D.; MAIER, M. Financing health systems in the 21st century. In: JAMISON, D.T.; BREMAN, J.G.; MEASHAM, A.R.; ALLEYNE, G.; CLAESON, M.; EVANS, D.B.; JHA, P.; MILLS, A.; MUSGROVE, P. (editors.). **Disease control priorities in developing countries**. 2nd ed. Washington, DC: World Bank, Ch 12, 2006.

STRASSMAYR, C.; KATSCHNIG, H.; AMADDEO, F.; BRUNN, M.; CETRANO, G.; CHEVREUL, K.; CID, J.; McDAID, D.; JÄRVELIN, J.; KALSETH, B.; KALSETH, J.; MALIN, M.; MATOSEVIC, T.; PAUNA, C.; SALVADOR-CARULLA, L.; SFETCU, R. REFINEMENT Group. Financial incentives/disincentives. In: **Provider payment mechanisms and user charges for mental health care**. Verona: Università degli Studi di Verona, 2013.

UN. Resolution 70/1. Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development. In: **Seventieth session of the United Nations General Assembly**. New York, 21 October 2015.

UN. **Universal Declaration of Human Rights**. Resolução 217A aprovada em Assembleia Geral das Nações Unidas em 10 de dezembro de 1948.

WH/WB. **Tracking universal health coverage**: 2017 global monitoring report. World Health Organization and International Bank for Reconstruction and Development/The World Bank, 2017.

WHO. Alma Ata 1978: Primary health care. Report of the International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978. Geneva: World Health Organization, 1978.

WHO. **Everybody business**: strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's framework for action, Geneva, Switzerland: World Health Organization, 2007.

WHO. **Helsinki Statement Framework for Country Action**. Geneva, Switzerland: World Health Organization, 2014.

WHO. **Resolution WHA58.33**: Sustainable health financing, universal coverage and social health insurance. World Health Assembly. Geneva: World Health Organization, 2005.

WHO. **The World Health Report 2000**. Health systems: improving performance. Geneva, Switzerland: World Health Organization, 2000.

WHO. **The World Health Report 2008**. Primary care health care – now more than ever. Geneva, Switzerland: World Health Organization, 2008.

WHO. **The World Health Report 2010**. Health systems financing: the path to universal coverage. Geneva, Switzerland: World Health Organization, 2010.

WHO. World Health Organization constitution: In: **Basic documents**. Geneva, Switzerland: World Health Organization, 1948.

CAPÍTULO 2

METODOLOGIAS ATIVAS DE ENSINO- APRENDIZAGEM NA FORMAÇÃO EM GESTÃO EM SAÚDE

*Lídia Andrade Lourinho
Maria Salete Bessa Jorge*

INTRODUÇÃO

Os mestrados profissionais (MP) despontam no final dos anos 1990, no Brasil. O que o diferencia dos mestrados acadêmicos é o seu produto final, isto é, o resultado desejado. Nos programas acadêmicos procura-se, através da imersão na pesquisa, formar um pesquisador, que, via de regra, é absorvido pela docência. Nos programas profissionais, também por intermédio da imersão na pesquisa, intenta-se formar um profissional que, para além do contexto da academia, adquira competências, habilidades e atitudes que o auxiliem no mundo do trabalho, e que ele “saiba localizar, reconhecer e identificar, e, sobretudo, utilizar a pesquisa de modo a agregar valor às suas atividades, sejam essas de interesse mais pessoal ou mais social”, relata Ribeiro (2015).

A expectativa é que os trabalhos de conclusão possam contribuir para o cenário de inserção do profissional

que está cursando o MP. Dessa forma, almeja-se que esses programas colaborem para o desenvolvimento econômico e social, tendo em conta que o contexto social e laboral atual requer um profissional com formação cada vez mais qualificada, inclusive para setores que não trabalham com a docência e com a pesquisa, mas que necessitam de mestres e doutores que se encontram fora da academia, mas que saibam usufruir dos benefícios do rigor metodológico e científico que esta proporciona.

Atualmente, o mestrado profissional pode ser considerado como uma ferramenta potente para subsidiar políticas de flexibilização da pós-graduação brasileira, constituindo-se como uma modalidade de Pós-Graduação *stricto sensu* norteada para a qualificação de profissionais das mais diversas áreas do conhecimento, por meio de estudos de técnicas, processos ou temáticas que considerem as demandas do mercado de trabalho.

De maneira que, propõe-se a congruar a academia com o mundo do trabalho em geral. Para tal, precisa anular as barreiras existentes entre esses dois grandes contextos, e uma das estratégias que permitir o estreitamento entre esses dois mundos, congrega-se na prática didática, a qual deve estar profundamente correferida com os objetivos de ensino-aprendizagem projetados e que a norteiam.

Para dar conta de ultrapassar tais barreiras, é necessário compreender que o MP tem como propósito a premissa de que, além da necessidade de competência técnica e científica na especificidade de cada profissão, é primordial, na construção de conhecimentos, instau-

rar um elo entre os conteúdos apreendidos na escola e os requerimentos do mundo do trabalho, mediante processo que leve em conta a experiência de vida, as aptidões e as características individuais do aluno, assim como as exigências que lhe são impostas no cumprimento de suas obrigações profissionais e sociais (AMÂNCIO FILHO; OLIVEIRA, 2009).

É dentro desse contexto que se insere a presente pesquisa, que tem como finalidade discutir o uso das Metodologias Ativas como recurso didático na formação crítica dos alunos do MP nas áreas da saúde. Buscamos aqui discutir a importância da didática e do papel docente no processo de ensino-aprendizagem nos cursos de Pós-Graduação, mais especificamente nos MP, apresentando metodologias ativas de ensino-aprendizagem que servem como recurso didático para a formação crítica e reflexiva do profissional de saúde e para a fomentação do protagonismo nos espaços laborais, o que nos conduzirá a uma reflexão construtivista do processo de ensino-aprendizagem e a uma necessidade de se ter, nesses cursos, uma atuação do docente diferente das que apresentam nas práticas tradicionais.

Sendo toda essa discussão e reflexão bastante relevante para o contexto docente contemporâneo, uma vez que uma das principais questões relacionadas à atuação do professor universitário refere-se à relação entre ensino e aprendizagem, e os tipos de metodologias utilizadas em sala de aula; fazendo-se necessário a verificação da eficácia e eficiência das práticas docentes nestes processos formadores.

POSSIBILIDADES DE FOMENTAR O PROTAGONISMO - O MESTRADO PROFISSIONAL

De acordo com a CAPES (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior), o Mestrado Profissional (MP) é uma forma de Pós-Graduação *stricto sensu* direcionada para a capacitação de profissionais, nas diferentes áreas do conhecimento, através do estudo de técnicas, processos, ou temáticas que auxiliem no atendimento das demandas existentes no exercício do trabalho.

É um tipo de formação de pós-graduação que pode ser ofertada em diferentes formatos e que tem como objetivo principal qualificar os indivíduos graduados para desempenhar uma prática profissional efetiva, eficiente, mobilizadora, transformadora, mediante uso do conhecimento científico, que destina-se ao processo de educação orientado pela transformação social, alicerçado na relação entre o conteúdo e a realidade, que provoca a integração ensino-serviço, a qual só é exequível por intermédio da pesquisa das condições reais dos sujeitos, levando em consideração o seu contexto histórico e social (MAMEDE, 2015, 2016; MAMEDE; ABBAD, 2018).

Na perspectiva das políticas públicas, o Mestrado profissional tem como intento a formação de recursos humanos qualificados que irão colaborar com o desenvolvimento socioeconômico, científico-tecnológico e cultural do país. A ideia é formar e capacitar profissionais para uma prática profissional transformadora, com o propósito de atender às demandas sociais, organizacionais e/ou profissionais do mundo do trabalho. Tais profissio-

nais desempenharão um importante papel na sociedade, visto que serão habilitados, qualificados e instruídos a compreender e reconhecer as demandas específicas de cada nível, seja local, regional ou nacional, e, a partir dessa identificação, promover a eficácia e a eficiência das organizações públicas e privadas, por meio da proposição de soluções de problemas, da geração e aplicação de processos inovadores (QUARESMA; MACHADO, 2014; MAMEDE, 2015, 2016; MAMEDE; ABBAD, 2018).

Considerando que a ênfase recai sobre a instrumentalização na prática diária em serviço, o mestrado profissional pretende atender, de preferência, o público externo à academia e que se destina a gestão, produção e aplicação do conhecimento norteado pela pesquisa empenhada na solução de problemas, dedicada a inovação e que investe no aperfeiçoamento tecnológico (SANTOS *et al*, 2019).

Os mestrados profissionais surgiram na década de 90, por meio da Portaria 80 de 16 de dezembro de 1998, que inicialmente foi denominado como “mestrado profissionalizante”. (LEAL; FREITAS, 2006). Recentemente obteve sua última regulamentação pela Portaria Normativa Nº 17, de 28 de dezembro de 2009, que dispõe sobre o mestrado profissional no âmbito da CAPES (2009).

Segundo a Portaria 17, de dezembro de 2009, Art. 4º, são objetivos do MP:

I - capacitar profissionais qualificados para o exercício da prática profissional avançada e transformadora de procedimentos, visando

atender demandas sociais, organizacionais ou profissionais e do mercado de trabalho;

II - transferir conhecimento para a sociedade, atendendo demandas específicas e de arranjos produtivos com vistas ao desenvolvimento nacional, regional ou local;

III - promover a articulação integrada da formação profissional com entidades demandantes de naturezas diversas, visando melhorar a eficácia e a eficiência das organizações públicas e privadas por meio da solução de problemas e geração e aplicação de processos de inovação apropriados;

IV - contribuir para agregar competitividade e aumentar a produtividade em empresas, organizações públicas e privadas.

Parágrafo único. No caso da área da saúde, qualificam-se para o oferecimento do mestrado profissional os programas de residência médica ou multiprofissional devidamente credenciados e que atendam aos requisitos estabelecidos em edital específico (2).

Apresenta como principal diferença dos mestrados acadêmicos o produto final, isto é, o resultado desejado. Os programas acadêmicos pretendem, por meio da imersão intensa na pesquisa científica, formar um pesquisador que, geralmente se encaminha para a docência. Os programas dos mestrados profissionais, por meio da imersão na pesquisa, pretendem formar um profissional que, no contexto profissional ele consiga identificar, discernir e, principalmente, dispor da pesquisa de forma que ela venha contribuir com a suas atividades profissionais (SCOCHI *et al.*, 2015).

Dessa forma, espera-se que os trabalhos de conclusão das pesquisas realizados pelos alunos dos mestrados profissionais, consigam dar suporte ao cenário de inserção do profissional que está cursando o programa.

Na pretensão de efetivação dos propósitos estabelecidos para um mestrado profissional, além da convivência entre a universidade e a instituição requerente da qualificação, como pressupõe as diretrizes políticas promulgadas na Portaria Capes nº 17 (BRASIL, 2009), é preciso, ainda, que as estratégias de ensino, avaliação e seleção de conteúdos sejam repensadas e modificadas (QUARESMA; MACHADO, 2014; MAMEDE, 2015), visto que, há um conflito entre o paradigma educacional predominante e o que é exigido para uma aplicação efetiva e eficiente do conhecimento científico e técnico.

Por conseguinte, as propostas de cursos na modalidade Mestrados Profissionais devem apresentar um currículo estruturado que possibilite a articulação entre conhecimento científico constantemente atualizado, propriedade da metodologia congruente e uma aplicabilidade dirigida para o campo de atuação profissional.

Para isso, deve haver a constituição de quadro docente com base no reconhecimento em suas áreas de *expertise* e, também, por sua qualificação e atuação em um campo que seja favorável à proposta do curso. O trabalho final do curso deve ser sempre vinculado a problemas reais da área de atuação do profissional-aluno e, de acordo com a natureza da área e a finalidade do curso, podendo ser apresentado em diversos formatos.

Nesse sentido percebemos, nos mestrados profissionais da área da saúde, um ponto de encontro com as demandas formativas do Sistema Único de Saúde (SUS). Assim, Mestrados Profissionais em Gestão em Saúde apareceram a partir de uma necessidade de qualificar os profissionais por meio do empoderamento científico e da constituição de um movimento que se expressa nas práticas de cuidado, na produção de conhecimentos compartilhados e na constituição de sujeitos e atores políticos no campo da saúde, possibilitando a aproximação e diálogo entre o saber popular, o saber médico científico, os profissionais e as instituições de saúde (BONETTI; PEDROSA; SIQUEIRA, 2011).

AS METODOLOGIAS ATIVAS DE ENSINO-APRENDIZAGEM NA PÓS-GRADUAÇÃO

Com o intuito de beneficiar a formação de profissionais com visão ampliada de saúde, participativos e comprometidos com a transformação da realidade, atentando para a complexidade que a caracteriza, faz-se necessário inserir novas formas de organizar e produzir o conhecimento, até então representado pela fragmentação, disciplinaridade e especialização do objeto.

Assim sendo, nos últimos tempos, uma série de projetos de formação pós-graduada, principalmente na modalidade de MP, vem sendo desenvolvida com o apoio das instituições de ensino superior e da CAPES. Buscando atender a uma necessidade do Sistema Único de Saúde, algumas instituições formadoras de profissio-

nais de saúde vêm implementando cursos nessa modalidade e propondo mudanças curriculares e dos métodos de ensino/aprendizagem. A exemplo disso, cita-se a Universidade Estadual do Ceará (UECE), constituída em forma de Fundação com personalidade Jurídica de Direito Público, criada pelo Decreto nº 11.233 de 10 de março de 1975, que há mais de quatro décadas vem desenvolvendo novas formas de ensino/aprendizagem, com o intuito de formar indivíduos críticos-reflexivos, capazes de trabalhar em equipe e de buscar o próprio conhecimento para atuar frente à diversidade e à complexidade que o cenário de prática profissional apresenta.

Um dos grandes desafios para os docentes que atuam em Instituições de Ensino Superior (IES) é empregar, na prática em sala de aula, as Metodologias Ativas (MA) de aprendizagem, as quais estabelecem diferentes formas de produzir o processo do aprender que os professores aplicam como plano da formação crítica dos futuros profissionais das várias áreas do saber. Aspira-se, com a aplicação destas patrocinar a autonomia do estudante, aguçar a curiosidade e excitar as tomadas de decisões individuais e coletivas, provenientes das atividades essenciais ao contexto profissional e social (CAMAS; BRITO, 2017).

Há também as diretrizes contemporâneas para o ensino da educação superior que solicitam pedagogias, metodologias e métodos de ensino que assegurem a formação de profissionais competentes para responder à nova ordem global, cujas competências vão além da aquisição de conhecimento cognitivo. Visto que, a

prioridade hoje se encontra na formação voltada para aquisições de conhecimentos com base na realidade, o que favorece a aproximação de teoria e prática, entre a ciência e o senso comum e entre o trabalhador e os problemas reais encontrados nos serviços (MESQUITA, MENESES e RAMOS, 2016).

Sabe-se que nas últimas quatro décadas do século XX, estudos sobre cultura, mente, cérebro, cognição e desenvolvimento apontam para novas evidências no que se refere à aprendizagem, impondo, em elucubração, as perspectivas sobre esse processo e como estas são interpretadas pelas práticas pedagógicas. Ainda que essas investigações provoquem mudanças no acesso e na disseminação de informações, a pedagogia da transmissão ainda segue hegemônica, tanto na formação como na capacitação profissional (CHRISTENSEN, HORN, JOHNSON, 2009).

Sobretudo, na saúde, a associação entre pedagogia da transmissão e a ênfase na dimensão biológica do processo saúde-doença acarreta uma formação fragilizada, rasa, fragmentada em disciplinas e em conhecimentos de áreas básicas e clínicas; tecnicista e centrada em procedimentos e, principalmente, descontextualizada no que diz respeito às dimensões subjetiva e social desse fenômeno. Com a intenção de superar as implicações dessas associações, existe todo um movimento revertido à produção de mudanças, tanto em relação ao uso de metodologias ativas de ensino-aprendizagem quanto à promoção de uma educação transformadora (LOURINHO *et al.*, 2016).

Pode-se compreender Metodologias Ativas como proposições que auxiliam no desenvolvimento do processo do aprender, utilizadas pelos professores na procura de uma melhor forma de conduzir a formação crítica de futuros profissionais. Os usos de tais metodologias auxiliam no favorecimento da autonomia e do protagonismo do educando, acendendo a curiosidade, estimulando as tomadas de decisões individuais e coletivas, ocorridos das ações na prática social e em situações cotidianas (BORGES, ALENCAR, 2014).

Com o propósito de atender às necessidades dessa nova realidade, é necessário considerar que o desenvolvimento de habilidades didáticas suficientemente eficazes, por meio da aquisição de uma visão de mundo, ciência, ser humano e educação que seja compatível com a realidade atual; é esse o espaço de construção do papel do professor e sua mediação nos processos de construção do conhecimento.

Desse entendimento, é possível perceber que os saberes necessários ao ensinar não se restringem ao conhecimento dos conteúdos das disciplinas, dominar o conteúdo é fundamental, mas este é apenas um dos aspectos desse processo.

A partir desse contexto, afirma-se que um dos caminhos possíveis para intervir nessa realidade encontra-se em possibilitar aos docentes refletirem na e sobre a sua prática pedagógica, com o fim de construir um diálogo entre suas ações e palavras, fazendo com que a mediação seja uma das formas mais presentes na sua práxis pedagógica. Além disso, acredita-se que toda e

qualquer ação que tem como intenção o ensino deve ser pensado na perspectiva daqueles que dela participam.

O planejamento e a organização de situações de aprendizagem, portanto, deverão ser concentrados nas atividades dos estudantes, visto que é a aprendizagem destes o principal objetivo da ação educativa. Posto isso, é cada vez maior a necessidade de os docentes buscarem novos caminhos e novas metodologias de ensino que busquem o protagonismo dos estudantes, motivem e promovam a autonomia destes. Destarte, ações como propiciar a escuta aos estudantes, valorizar suas opiniões, praticar a empatia, incentivá-los, dentre outras, são promotoras da criação de um ambiente favorável à aprendizagem (BERBEL, 2011).

É nessa perspectiva que se situam as metodologias ativas, como uma oportunidade de mudar o modo de alocar perspectivas do docente (ensino) para o estudante (aprendizagem), ponto de vista constatado por Freire (2015) quando atribui à educação a qualidade de processo interativo, o qual se realiza na interação entre sujeitos históricos através de suas palavras, ações e reflexões.

As metodologias ativas de ensino, nos espaços formais de ensino, trazem contribuições positivas, tanto para o ensino como para a aprendizagem. Estratégias de ensino conduzidas pelo método ativo têm como atributos principais: o aluno como centro do processo, a promoção da autonomia do aluno, a po-

sição do professor como mediador, ativador e facilitador dos processos de ensino e de aprendizagem e o estímulo à problematização da realidade, à constante reflexão e ao trabalho em equipe (DIESEL; MARCHESAN; MARTINS, 2016).

Figura 1 – Características das metodologias ativas de ensino



Fonte: Diesel, Marchesan e Martins (2016).

Assim, aprendizagem ativa acontece quando o aluno interatua com o conteúdo em estudo – ouvindo, falando, questionando, discutindo, fazendo e ensinando – sendo incentivado a construir o conhecimento no lugar de recebê-lo de forma passiva do professor. Nos contextos de aprendizagem ativa, o professor age como mediador, orientador, supervisor, facilitador do processo de aprendizagem, e não apenas como detentor e mero transmissor de informação.

Figura 2 – Diferentes entre o tradicional e o método ativo

ENSINO TRADICIONAL	ENSINO POR METODOLOGIAS ATIVAS
Aluno – passivo, receptor de informações	Aluno – centro do processo, corresponsável pela sua aprendizagem
Professor – centro do processo, transmissor do conhecimento	Professor – orientador, tutor, mediador
Atividades individuais	Atividades coletivas
Aula expositivas	Aulas interativas, participativas

Fonte: Elaborada pelas autoras.

Para além do método ou da estratégia utilizada para promover a aprendizagem ativa, o que importa é que o aluno faça uso efetivo de suas funções cognitivas – observar, pensar, refletir, raciocinar, compreender, categorizar, classificar, combinar, dentre outras que, juntas, formam a inteligência (PECOTCHE, 2011). A característica fundamental que diferencia um ambiente de aprendizagem ativa, de um ambiente tradicional de ensino, é a ação ativa da inteligência, em contraposição à passividade existente nos métodos tradicionais de ensino.

É importante notar que *aprendizagem ativa* se refere a estratégias para *ativar o aluno*. O professor, em princípio, está (ou deveria estar) em uma posição ativa ao ensinar, pois tem de recorrer a seus estudos, selecionar informação, escolher terminologia adequada, explicar um conhecimento de diferentes formas, fazer relações, comparações, analogias etc. Subtende-se que, se o professor aplica o mesmo plano de aula dezenas de vezes, sem inovações, é provável que, neste caso, sua exposição se torne rotineira, automática e, logicamente, terá um caráter passivo e não ativo (BARBOSA e MOURA, 2013, p. 56)

Embora as contribuições das metodologias ativas nos viabilizam antever que, no lugar de alunos saindo da escola com a quimera de terem aprendido algo apenas porque ficaram expostos aos conteúdos que foram apresentados através de aulas expositivas, teremos alunos que vivenciaram situações significativas de aprendizagem. Serão sujeitos autônomos, protagonistas da sua própria aprendizagem e saberão buscar o conhecimento, saberão onde encontrá-lo e, principalmente, saberão o que fazer para aprendê-lo. Apenas desta forma é que se pode criar uma geração de alunos que tenham o verdadeiro prazer na busca pelo conhecimento, que tenham a clara noção da função do aprender, do ser, do saber fazer, e que a real função de aprender não termina quando saem da escola, da universidade, da especialização e que estarão sempre prontos para responder aos novos problemas e conduzir projetos inovadores.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As metodologias ativas são ferramentas que podem ser utilizadas nos processos de ensino e de aprendizagem por docentes de diferentes níveis de ensino com objetivo de obter melhores resultados de aprendizagem. Tais metodologias destacam a importância do aluno como protagonista neste processo, saindo de um estágio de expectador e impassível, para uma postura ativa, participativa.

Para que as Metodologias Ativas possam, efetivamente, causar um efeito na direção do que se propõe, será imprescindível que os participantes do processo as compreendam, acreditem em seu potencial pedagógico e percebam seu valor quando se propõem a trabalhar de acordo com a proposta, visto que existem condições do próprio professor, dos alunos e do cotidiano escolar que podem dificultar ou mesmo impedir o seu uso.

Para que uma aprendizagem que acontece na contramão ao modelo tradicional de educação, as metodologias ativas recomendam que os alunos pensem ativamente no que está sendo abordado, que o processo de ensino e de aprendizagem passe a ser de forma horizontal e que o professor, em conjunto com os alunos, esteja numa relação com o outro e não como o outro ou para o outro.

Sabendo que o processo de ensino e de aprendizagem exige que o aluno tenha uma postura ativa e, compreendendo que é através da experiência que este processo acontece, utilizá-las nos mestrados profissio-

nais em saúde, é mister, posto que o MP vem se firmando como uma alternativa na formação de profissionais para instaurar novos processos de trabalho, produzir tecnologia e inovação para os serviços de saúde.

REFERÊNCIAS

BARBOSA, E. F.; MOURA, D. G. Metodologias ativas de aprendizagem na Educação Profissional e Tecnológica. **B. Tec. Senac**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 2, p. 48-67, maio/ago. 2013.

BERBEL, N. A. N. As metodologias ativas e a promoção da autonomia de estudantes. **Semina: Ciências Sociais e Humanas**. Londrina, v. 32, n. 1, p. 25-40, jan./jun. 2011.

BONETTI, O. P.; PEDROSA, J. I. S.; SIQUEIRA, T. C. A. Educação popular em saúde como política do Sistema Único de Saúde. **Revista de APS**, Juiz de Fora, v. 14, n. 4, p. 397-407, out./dez. 2011.

BORGES, T. S.; ALENCAR, G. Metodologias ativas na promoção da formação crítica do estudante: o uso das metodologias ativas como recurso didático na formação crítica do estudante do ensino superior. **Cairu em Revista**. Ano.3, n. 4, p.119-143, 2014.

CAMAS, N. P.V.; BRITO, G. S. Metodologias ativas: uma discussão acerca das possibilidades práticas na educação continuada de professores do ensino superior. **Rev. Diálogo Educ.**, v. 17, n. 52, p. 311-336, 2016.

CHRISTENSEN, C. M.; HORN, M. B.; JOHNSON, C. W. **Inovação na sala de aula**: como a inovação de ruptura muda a forma de aprender. Porto Alegre: Bookman; 2009.

DIESEL, A.; MARCHESAN, M.R.; MARTINS, S.N. Metodologias Ativas de Ensino na Sala de Aula: Um Olhar de Docentes da Educação Profissional Técnica de Nível Médio. **Univates**, 153-169, 2016.

LEAL, M. C.; FREITAS, C. M. (orgs.) **Cenários possíveis: experiências e desafios do mestrado profissional na saúde coletiva** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, p. 284, 2006.

LOURINHO, L. A.; BRASIL, C. C. P.; MOREIRA, C.; CATRIB, A. M. F. Mudanças na formação em saúde: o papel das metodologias ativas no ensino aprendizagem. In: Ana Maria Fontenelle Catrib; Christina Cesar Praça Brasil; Daniele de Araújo Oliveira Carlos. (Org.). **Avaliação de Processos Educacionais em Saúde: tendências e inovações**. 1. ed. Fortaleza: EdUECE, 2016, v. 1, p. 99-119.

MAMEDE, W. **Modelo para a avaliação de mestrados profissionais orientados à formação de recursos humanos para o SUS: um estudo de caso**. 2016. Tese. (Doutorado em Ensino na Saúde) – Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília, Brasília, DF, 2016.

MAMEDE, W. O mestrado profissional brasileiro e o mestrado em saúde pública europeia: objetivos semelhantes por caminhos diferentes. **Revista Brasileira de Pós-Graduação**, Brasília, DF, v. 12, n. 27, p. 147-169, 2015.

BRASIL. Ministério da Educação. Portaria normativa nº 17, de 28 de dezembro de 2009 (BR). Dispõe sobre o mestrado profissional no âmbito da Fundação Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - CAPES. Diário Oficial da República do Brasil, 29 dez. 2009b. Seção 1, p. 248.

MESQUITA, S. K. C.; MENESES, R. M. V.; RAMOS, D. K. R. Metodologias ativas de ensino/aprendizagem: dificuldades de docentes de um curso de enfermagem. **Trab Educ Saúde**, v. 14, n. 2, p. 473-486, 2016.

PECOTCHE, C. B. G. **Logosofia: ciência e método**. São Paulo: Ed. Logosófica, 2011.

QUARESMA, A. G.; MACHADO, L. R. de S. Questões pedagógicas do mestrado profissional: uma aproximação ao tema a partir de análises bibliográficas. **Revista Brasileira de Pós-Graduação**, Brasília, DF, v. 11, n. 24, p. 461-481, 2014.

RIBEIRO R.J. O mestrado profissional na política atual da CAPES. **Rev. Bras. Pós-Graduação**. V. 2, n. 4, p. 8-15, 2005. Gale Academic Onefile. Available from: <http://ojs.rbpg.capes.gov.br/index.php/rbpg/article/view/72/69>. Data de acesso: 16 jun. 2019.

SANTOS, G. B. dos *et al.* Similaridades e diferenças entre o Mestrado Acadêmico e o Mestrado Profissional enquanto política pública de formação no campo da Saúde Pública. **Ciência & Saúde Coletiva** [online]. 2019, v. 24, n. 3.

SCOCHI, C. G. S. *et al.* Mestrado profissional: potencial contribuição para a Enfermagem de Prática Avançada. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 68, n. 6, p. 1186-1189, 2015.

CAPÍTULO 3

PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO, CLÍNICO E EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES COM INTOXICAÇÃO EXÓGENA: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

*Suelane Cristina Silva de Lima
Raquel Sampaio Florêncio*

INTRODUÇÃO

Sabe-se que as intoxicações hoje são consideradas um problema de saúde pública, e que apesar das tentativas de proibição da venda clandestina de substâncias tóxicas e da fiscalização na venda de medicamentos controlados, ainda é alarmante, a cada ano, o aumento do número de casos de vítimas que sofrem este tipo de incidente, seja acidental ou intencional, indo de agentes que vão desde alimentos a medicamentos e soluções tóxicas. Esse incidente tem alcançado proporções relevantes, acometendo o indivíduo, independente da classe social, raça e cor.

Intoxicação é a manifestação, através de sinais e sintomas, dos efeitos nocivos produzidos em um organismo vivo, como resultado de sua interação com alguma

substância química exógena, ou seja, como a resposta da interação entre o agente tóxico e o organismo, levando a alterações fisiológicas e bioquímicas, podendo ser definida como a consequência clínica e/ou bioquímica da exposição às substâncias químicas encontradas no ambiente ou isoladas (GUIMARÃES, 2008; COSTA, 2008).

Várias são as substâncias químicas existentes que causam intoxicação nos indivíduos, como alimentos, medicamentos, produtos de uso domiciliar, os pesticidas e raticidas. Em 2008, o Brasil tornou-se o maior consumidor de agrotóxicos do mundo, e em 2010, o mercado nacional representou 19% do mercado mundial de agrotóxicos (LOVISI, 2013), e as intoxicações exógenas são o dano mais visível do impacto desses produtos na saúde (SOBEL, 2011).

As intoxicações podem ser intencionais ou acidentais. As intoxicações acidentais, normalmente, acontecem em crianças pela sua curiosidade própria. Crianças menores de cinco anos de idade formam um grupo particularmente vulnerável às intoxicações acidentais, principalmente devido à curiosidade inerente à idade e por estas explorarem seu ambiente de forma íntima. As intoxicações intencionais acontecem mais em adolescentes e adultos jovens, onde estes buscam, habitualmente retirar sua própria vida como tentativa de suicídio (HASSELMANN; WERNWICK, 2009).

Por ser alto o número de casos de intoxicações no Brasil, o Ministério da Saúde criou o SINITOX (Sistema Nacional de Informação Tóxico); e por ser hoje um grave problema de saúde pública, existe na cidade de Forta-

leza o CEATOX (Centro de Assistência Toxicológica), que registra os casos de intoxicação ocorridos na cidade e nos interiores do Estado.

Grande parte dos casos acontece como resultado da tentativa de suicídio. Segundo a Organização Mundial da Saúde (2009), o suicídio é uma das três principais causas de óbitos na população jovem entre 15 e 44 anos presente em países desenvolvidos e em desenvolvimento. A taxa mundial de suicídio situa-se em torno de 11,5 óbitos por 100 mil habitantes e estima-se que cerca de 804 mil pessoas cometeram suicídio no ano 2012, o que representa uma morte a cada 40 segundos. Além disso, presume-se que até 2020 poderá ocorrer um incremento de 50% na incidência anual de mortes por suicídio em todo o mundo. Para tal intento, muitas vítimas utilizam a substância exógena, que acaba sendo de fácil acesso e disponibilizado em diversos estabelecimentos.

O cuidado integral ao paciente e sua família é um desafio para a equipe de saúde. Considerando a complexidade do quadro clínico e das questões psicológicas das vítimas com intoxicação exógena, os profissionais de saúde devem ter como objetivo ajudar o paciente no tratamento desse quadro. Além desses aspectos no tratamento, deve-se buscar o conhecimento sobre quem são as pessoas que sofrem esse tipo de incidente, por isso surgiu o seguinte questionamento: qual o perfil sociodemográfico, clínico e epidemiológico das vítimas com intoxicação exógena?

Responder a essa indagação será relevante para os enfermeiros que atuam na assistência e gestão, pois trará

resultados que informarão o perfil sociodemográfico, clínico e epidemiológico das vítimas com intoxicação exógena, independentemente do tipo de agente causador, a fim de subsidiar esses profissionais na atuação de medidas preventivas para minimizar os casos de intoxicação exógena, além do planejamento ativo do tratamento.

Ciente do quadro complexo que viverá o paciente intoxicado e sua família, o presente estudo contribuirá ainda para que sejam identificados pontos importantes relacionados às dificuldades no tratamento, assim como será mais uma fonte de estudo a respeito dessa problemática. Dessa forma, a prática baseada em evidências encoraja o desenvolvimento e/ou a utilização de resultados de pesquisas na prática clínica. Esse conhecimento proporciona aos enfermeiros o embasamento em evidências para realizar sua assistência, fortalecendo e melhorando a qualidade do cuidado prestado.

Em busca desse conhecimento, foi realizada uma revisão integrativa da literatura, buscando destacar as contribuições das pesquisas produzidas pelas diversas áreas da saúde brasileira acerca da temática perfil sociodemográfico, clínico e epidemiológico dos pacientes com intoxicação exógena.

OBJETIVO

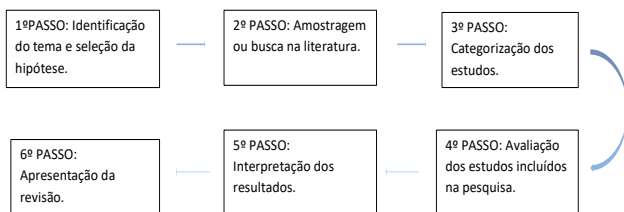
Revisar a literatura acerca do perfil sociodemográfico, clínico e epidemiológico de pacientes com intoxicações exógenas.

MÉTODO

A revisão integrativa da literatura é um método de pesquisa baseada em evidências e é responsável pela elaboração e disseminação de revisões sistemáticas que retratam a eficácia de intervenções na área da saúde. Inclui a análise de pesquisas relevantes que dão suporte para a tomada de decisão e a melhoria da prática clínica. Este método de pesquisa permite a síntese de múltiplos estudos publicados e possibilita conclusões gerais a respeito de uma particular área de estudo (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

Para se alcançar os objetivos propostos no estudo, utilizou-se a revisão integrativa da literatura baseado no referencial de Mendes, Silveira e Galvão (2008), por meio da construção de análise constituída a partir de seis etapas, para obter um melhor entendimento sobre a temática baseado em estudos anteriores.

Figura 1 – Passo a passo do estudo



Fonte: Elaborado pelas autoras.

Com a finalidade de efetivação dessa revisão, foram delimitadas as seguintes etapas metodológicas: identificação do tema ou questão da pesquisa; realização da amostragem (seleção dos artigos); categorização dos estudos; definição das informações extraídas das publicações revisadas; avaliação dos estudos selecionados; interpretação dos resultados; e apresentação dos resultados da pesquisa (FONSECA, 2008; MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

Para o desenvolvimento da pesquisa, procedeu-se à busca de publicações científicas nas seguintes bases de dados: LILACS e SCIELO, por meio de um levantamento com os seguintes descritores: epidemiologia, intoxicação; enfermagem, utilizando o operador booleano AND. Para isso, utilizou-se a terminologia em saúde consultada no DeCS (Descritores em Ciências da Saúde), para se identificar tais descritores.

A busca ocorreu no mês de junho de 2019, resultando em nove referências levantadas nas duas referidas bases de dados. Destes, foi excluído um, por ser repetido nas bases de dados.

Em relação aos critérios iniciais de inclusão, utilizaram-se: artigos disponíveis completos, considerando o assunto principal intoxicação exógena em humanos, idioma português, publicado no Brasil nos últimos dez anos, e que respondessem à seguinte pergunta norteadora: qual o perfil sociodemográfico, clínico e epidemiológico das intoxicações exógenas? Como critério de exclusão, optou-se por não utilizar editoriais; monografias, dissertações e teses, assim como artigos onde a

população em estudo tivesse idade inferior a 12 anos.

Quando cruzados os DeCS: epidemiologia, intoxicação e enfermagem, surgiram 1.255 publicações na LILACS e 35 na SCIELO; afunilando com texto de forma de artigo, disponível completo, em idioma português, publicado no Brasil e nos últimos dez anos, emergiram 47 na LILACS e 21 na SCIELO; quando ainda filtrado para pesquisas apenas com seres humanos restaram apenas 37 na LILACS e apenas cinco na SCIELO; após análise dos textos, percebeu-se que apenas nove atingiam a pergunta norteadora do estudo, sendo um repetido em ambas as bases, totalizando 8 artigos para a elaboração do estudo.

Para apreciação dos artigos, foi utilizado um instrumento construído pelo pesquisador, visando permitir uma melhor visualização dos dados. O instrumento contemplou a identificação do artigo original, abordando o título, periódico de publicação, ano de publicação e a abordagem metodológica utilizada nos artigos. Para a análise e posterior síntese dos artigos que atenderam aos critérios de inclusão que compõem a revisão integrativa, utilizou-se uma matriz de síntese, ou matriz de análise, especificamente construída para esse objetivo, que contempla os seguintes aspectos, considerados mais relevantes: periódico; ano de publicação; local de realização do estudo; título do artigo; autoria; tipo de estudo; objetivo do estudo; resultados e conclusões.

A matriz de síntese objetiva proteger o pesquisador de erros durante a análise. Ela se constitui como marco inicial para auxiliar os investigadores no foco de

suas pesquisas. Nela, pode conter informações verbais, conotações, resumos de texto, extratos de notas, memorandos, respostas padronizadas, e, em geral, dispor de dados integrados em torno de um ponto ou temas de pesquisa (BOTELHO; CUNHA; MACEDO, 2011).

A análise e a síntese dos dados extraídos dos artigos foram realizadas de forma descritiva, de forma a permitir-se a observar, contar, descrever e classificar os dados, com o intuito de reunir o conhecimento produzido sobre o tema explorado na revisão.

O estudo realizado respeitou a literatura encontrada, onde eles não sofreram quaisquer modificações em benefício da pesquisa do autor, além de propor benefícios para a população e para as práticas de enfermagem.

Como este estudo não envolve pesquisa com seres humanos, não foi necessário ser encaminhado ao comitê de ética e pesquisa.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A apresentação e discussão dos dados obtidos foram feitos de forma descritiva, a fim de possibilitar ao leitor a análise da função da revisão integrativa, de forma a atingir a meta principal do presente estudo, tendo como premissas o perfil sociodemográfico, clínico e epidemiológico de pacientes com intoxicação exógena, localizados em oito estudos, conforme caracterização do Quadro 1.

Quadro 1 – Caracterização, bases de dados, títulos e autorias

ARTIGO	BASE DE DADOS	PERÍODO/ ANO DE PUBLICAÇÃO	REGIÃO CIDADE	TÍTULO	AUTORIA	TIPO DE ESTUDO
1	SCIELO	<i>Jornal Brasileiro de Nefrologia</i> 2010	Rio Grande do Sul	O nefrologista como consultor ante a intoxicação aguda: epidemiologia das intoxicações graves no Rio Grande do Sul e métodos de aumento da depuração renal.	PEDRODO, J.A.R.; SILVA, C.A.M.	Estudo de coorte
2	SCIELO	<i>Revista Escola de Enfermagem Anna Nery</i> 2014	Rio de Janeiro	Homens envenenados como sujeitos do cuidar e dos cuidados de enfermagem	SILVA, J.C.S.; COELHO, M.J.; CAVALCANTI, A.C.D.; PINTO, C.M.J.; SANTOS, M.S.S.; LIMA, E.M.S.	Estudo de caso, exploratório e descritivo.
3	SCIELO	<i>Texto Contexto de Enfermagem</i> 2011	Maringá/Paraná	Gravidade de intoxicações por saneantes clandestinos	SANTOS, J.A.T.; SELEGHIM, M.R.; MARANGONI, S.R.; GONÇALVES, A.M.; BALLANI, T.S.L.; OLIVEIRA, M.L.F.	Retrospectivo, descritivo, exploratório, quantitativo
4	SCIELO	<i>Revista Saúde e Sociedade</i> 2011	Rio Grande do Norte	Intoxicação por exposição à rapadura em três municípios do Rio Grande do Norte, Brasil: uma investigação de epidemiologia de campo.	MOTA, D.M.; PORTO, E.A.S.; COSTA, J.A.; FRANÇA, R.S.F.; CERRONI, M.P.; NOBREGA, A.A.; SOBEL, J.	Estudo de caso
5	LILACS	<i>Revista de Saúde Pública</i> 2009	Bento Gonçalves/ Rio Grande do Sul	Intoxicações por agrotóxicos entre trabalhadores rurais de fruticultura, Bento Gonçalves, RS.	FARIAS, N.M.X.; ROSA, J.A.R.; FACCHINI, L.A.	Estudo descritivo, transversal.
6	LILACS	<i>Revista Brasileira de Enfermagem</i> 2017	Teresina - Piauí	Violência autoinfligida por intoxicação exógena em um serviço de urgência e emergência	VELOSO, C.; MONTEIRO, C.F.S.; VELOSO, L.U.P.; FIGUEIREDO, M.L.F.; FONSECA, R.S.B.; ARAÚJO, T.M.E. <i>et al.</i>	Retrospectivo, analítico e quantitativo
7	LILACS	<i>Revista Brasileira de Epidemiologia</i> 2012	Rio de Janeiro	Análise clínica e epidemiológica das internações hospitalares de idosos decorrentes de intoxicações e efeitos adversos de medicamentos, Brasil, de 2004 a 2008.	PAULA, T.C.; BACHER, R.; MONTILLA, D.E.R.	Retrospectivo
8	LILACS	<i>Revista Brasileira de Epidemiologia</i> 2008	Campina Grande - Paraíba	Perfil epidemiológico das intoxicações alimentares notificados no Centro de Atendimento Toxicológico de Campina Grande, Paraíba.	ALMEIDA, C.F.; ARAUJO, E.S.; SOARES, Y.C.; DINIZ, R.L.C.; FOOK, S.M.L.; VIEIRA, K.V.M.	Retrospectivo, transversal, quantitativo.

Fonte: Elaborado pelas autoras.

Conforme informações apresentadas no quadro 1, dentre os trabalhos selecionados, percebe-se que quatro foram realizados na região Sul, dois na região Nordeste e dois na região Sudeste. Esses dados indicam que os estudos sobre a temática em questão são mais prevalentes na região Sul. Destaca-se ainda que, não há estudos nas regiões Norte e Centro-Oeste, suscitando, assim, a necessidade de realização de pesquisas nessas regiões.

No que se refere ao tipo de revista nas quais foram publicados os artigos científicos incluídos na revisão integrativa, seis foram publicados em revistas de enfermagem geral, um na revista de saúde pública, um na revista *Saúde e Sociedade*.

O ano de publicação dos estudos variou de 2009 a 2017. Quanto ao tipo de estudo, cinco foram do tipo retrospectivo, um de coorte, dois estudo de caso, predominando os trabalhos de abordagem quantitativa.

A seguir, os artigos selecionados serão apresentados quanto aos principais resultados e conclusões.

Quadro 2 - Distribuição dos artigos do tema, segundo objetivos, descrição dos resultados e conclusões das publicações selecionadas para o estudo

ARTIGO	OBJETIVOS	PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO	RESULTADOS	PERFIL EPIDEMIOLÓGICO
1	Determinar os fatores associados aos óbitos em vítimas de envenenamento por carbamato ("chumbinho").	Amostra (n = 24) <ul style="list-style-type: none"> Sexo: masculino 53,1%. A faixa etária variou de 23 a 58 anos; a média foi de 43,83 anos. Faixa etária dos óbitos variou de 23 a 58 anos; a média foi de 43,83 ± 14,75 anos, a mediana de 49 anos (23-58). 00 Entre os controles foi evidenciada média etária de 39,94 ± 3,82 anos e mediana 41,5 (22-58) anos. 	Os sintomas mais recorrentes foram: miose (OR = 1,0; IC 95%: 0,27 - 3,69, p= 1,0), sialorreia (OR = 0,83; IC 95%: 0,22 - 3,12, p= 0,78), dispnéia (OR = 0,66; IC 95%: 0,14 - 3,03, p= 0,59). Os óbitos apresentaram uma forte associação com estertores pulmonares, broncospasmos e os roncos pulmonares.	O tempo de exposição ficou entre 20 e 360 minutos, a média do tempo de exposição foi de 178 ± 132,7 minutos e a mediana de 120 (20 - 360) minutos. O menor intervalo de exposição até o desfecho final (óbito) foi 48 horas e o maior intervalo temporal foi de 216 horas. O tempo médio foi de 96 ± 62,58 horas e a mediana foi 84 (48 - 216) horas
2	Caracterizar e analisar as intoxicações exógenas por carbamato ("chumbinho") em homens.	Amostra (n=5) <ul style="list-style-type: none"> Faixa etária entre 28 e 52 anos; Estado civil: 3 solteiros, 1 casado, 1 concubinado. Ocupação: desempregados, realizando trabalho informal (bicos), usuário de drogas ilícitas 	Diagnóstico laboratorial: 3 casos com hiperglicemia transitória, variando de 102 a 282 mg/dL Sintomatologia clínica: Os homens apresentaram miose, sialorreia, sudoreses, vômitos e liberação de esfínteres. MANEJO CLÍNICO: uso de SF 0,9% e atropina	Via de ingestão oral, em todos os casos, sendo 4 autoingestão e apenas por 1 accidental. Substância envolvida: carbamato (chumbinho)
3	Analisar a ocorrência de intoxicações por saneantes clandestinos, a partir dos registros de um centro de informação e assistência toxicológica, como forma de contribuir para a toxicovigilância de produtos claudestinos.	Amostra (n=118) nos anos entre 2007 e 2009. Sexo: população masculina com 42 casos de suicídio (66,6%), 24 nos casos individuais (50%) e, 7 nos acidentes ocupacionais (100%).	Quanto ao tipo de atendimento: 13 necessitaram de atendimento na atenção primária (11%); 66 casos atendidos em serviços de urgência e emergência (55,8%), desses 27 (40%) necessitaram permanecer em observação por 12h no Pronto-Socorro; 39 casos (33%) necessitaram de internação hospitalar, sendo 14 desses (35,8%) em UTI Quanto à evolução clínica: Óbito: 3 internados em enfermarias (1,2%) e 2 internados em UTI (14,2%). Isto implica em 5 óbitos por suicídio (42%). Cura: 110 pessoas (95,2%).	<ul style="list-style-type: none"> Quanto à substância: 70 casos por ratidas clandestinas e 30 casos por produtos de limpeza comercializados clandestinamente (84,7%); 11 casos por agrotóxicos (9,3%); e 5,9% por ácido clorídrico, ácido muriático e benzina. Quanto à circunstância: 63 pessoas por suicídio (53,3%); 48 acidentes individuais (40,6%); 07 acidentes ocupacionais (5,9%)

<p>4</p>	<p>Identificar e caracterizar o surto de intoxicação exógena por exposição à rapadura e descrever a cadeia de produção e comercialização do alimento suspeito, os possíveis locais de contaminação e os agentes tóxicos contaminantes.</p>	<p>Síndrome Clínica 1 (Ingestão do Alimento): Amostra (n=5) de casos prováveis.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Sexo: masculino ● Escolaridade: analfabetos (n=4) ● Ocupação: agricultor (n=4) ● Fumantes (n=3) ● Idade média: 53 anos ● Renda mensal: variou de R\$ 60,00 a R\$ 380,00 ● Localidade: zona rural. 02 pessoas de Chá da Divisão, 01 de Sítio Novo e, 02 de Santa Clara. <p>Síndrome Clínica 2 (Exposição ao alimento):</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Sexo: feminino ● Idade: entre 49 e 57 anos ● Localidade: zona urbana. 01 pessoa de Natal e 02 de Caicó. ● Ocupação: profissionais da vigilância sanitária 	<p>Síndrome Clínica 1 (Ingestão do Alimento) Quanto à natureza clínica: 02 casos com sintomas leves (Chá da divisão); 01 inter-nação hospitalar (Santa Clara II A); 01 óbito (Sítio Novo). Todos em localidades distintas.</p> <p>Quanto às manifestações clínicas: diarreia, vômitos, dor abdominal, visão turva.</p> <p>Quanto à evolução clínica: 02 pacientes apresentaram quadro clínico grave, necessitando de tratamento em UTI. Desses, 01 foi a óbito e o outro sobreviveu, sendo tratado com sulfato de atropina. Ambos necessitaram de suporte em VMI e apresentaram perda ou baixo nível de consciência, taquicardia, dispnéia, dificuldade de deambulação, bradicardia, hipotermia, sialorreia, sudorese e diarreia. Glicemia do paciente falecido: 268 mg/dL, como única alteração laboratorial clínica.</p> <p>SÍNDROME CLÍNICA 2 (Exposição ao alimento)</p> <p>Quanto às manifestações clínicas: Paciente C: rouquidão, cefaleia persistente, irritação e dor nos olhos, fotofobia, conjuntivite alérgica e ulceração corneana. Paciente D: lacrimejamento, coceira no nariz, cefaleia persistente, irritação e edema nos olhos. Paciente E: mal-estar, náuseas, cefaleia persistente, falta de sono e apetite.</p>	<p>Síndrome Clínica 1 (Ingestão do Alimento) 05 casos suspeitos e 02 casos prováveis de intoxicação por consumo alimentar; 03 moradores da zona rural como casos suspeitos e prováveis.</p> <p>Síndrome Clínica 2 (Exposição ao alimento): 04 casos suspeitos e 03 casos prováveis.</p> <p>As intoxicações se deram por metanidófos (organofosforados) e sulfito expresso em S02 encontrados nas rapaduras por investigação laboratorial.</p>	
<p>5</p>	<p>Descrever a exposição ocupacional e a incidência de intoxicações agudas por agrotóxicos, especialmente os organofosforados</p>	<p>Amostra: n = 290 trabalhadores rurais na primeira etapa e n = 246 trabalhadores na segunda etapa.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Quanto ao sexo: masculino (95,2%) ● Quanto à idade média: 38,5 anos (entre 16 e 71 anos). ● Ocupação: proprietários rurais (88,2%) ● Escolaridade média: 6,8 anos completos (03 com um ano completo, 03 com nível superior e 114 com escolaridade igual ou superior a 8 anos). 	<p>Sintomatologia clínicas: irritação ocular (46,7%); lacrimejamento (27,1%); cefaleia (21,8%); sudorese (13,9%)</p>	<p>Quanto ao agente etiológico: herbicida glifosfato (98,3%); inseticidas organofosforados (97,4%).</p>	

6	Analisar as violências autônomicidas por intoxicação exógena notificadas em um serviço de saúde	Sexo: masculino 71,3% (6 a 11 suicídios por 100 mil/hab.); feminino 28,7% (1,8 a 4 suicídios por 100 mil/hab). Idade: maior predominância em adultos jovens, entre 20 e 29 anos. Estado civil: maior predominância em solteiros (54,9%) Ocupação: estudantes (23,8%); aposentados (9,4%); desempregados (9%).		Incidência de suicídio entre 2000 e 2004: de 4,7 a 7,2 por 100mil/hab. Desses, 11,9% foram por envenenamento.
7	Estabelecer o perfil das vítimas com tentativas de autoextermínio no Estado de Goiás no período de 2003 a 2007.	Amostra: n = 537 fichas ● Sexo: feminino (52,35% casos) ● Idade: entre 19 a 25 anos com (26,35%). ● Houve predominância de ocorrências das intoxicações na zona urbana (90,88%). ● Das 537 fichas registradas, 296 eram casos de intoxicação exógena intencional por churrinho.	Sintomatologia clínica: Miose n.102 (34,46%); salivoreia n 46 (32,43%); vômito n 74 (25%); sudorese n 67 (22,64%); Torpor/coma n 62 (20,95%)	Permaneceram internados por mais de 24 horas 76,35% dos casos, sendo que 79,07% dos casos obtiveram cura e 5,74% evoluíram para óbito.
8	Caracterizar as intoxicações masculinicas com diagnóstico de intoxicação registradas em um centro de informação e assistência toxicológica do Paraná	Amostra: n = 2.448 homens ● Amostra masculina representando 60,9 anos, 1.610 (65,8%) eram adultos. ● Destes, 1.043 (77,8%) eram adultos, 222 (16,5%) idosos.		Observouse que as circunstâncias mais frequentes foram abuso, acidente individual e tentativa de suicídio. O abuso de drogas esteve presente em 1.340 (54,7%) casos. Houve 440 (18,0%) internações por tentativa de suicídio, das quais 308 (70,0%) ocorreram em adultos; 110 em adolescentes (25,0%). A droga mais relacionada à internação foi o álcool, presente em 1.287 (96,0%) registros. O medicamento estava presente em 385 (15,7%) das internações.

Fonte: Elaborado pelas autoras

De acordo com os resultados apresentados nos artigos, os estudos foram divididos em três tipos de perfis, sendo estes, perfil sociodemográfico, perfil clínico e perfil epidemiológico. No perfil sociodemográfico, entrou as variáveis de gênero, idade, escolaridade, ocupação zona de ocorrência e estado civil dos participantes dos estudos que sofreram algum tipo de intoxicação exógena, independente do agente causador.

Na maioria dos artigos, os autores relataram o gênero masculino em cinco deles como gênero predominante nas intoxicações exógenas, chegando em um dos estudos a predominância de até 95,2%; e em apenas dois estudos relataram predominância do sexo feminino; e um dos estudos não teve o gênero como variável.

Em relação à média de idade das vítimas que sofreram intoxicação exógena, os estudos mostraram que a idade variou de 18 a 69 anos, estando a idade média, na maioria dos estudos, entre 20 a 29 anos. Em relação à média de idade das intoxicações exógenas, os estudos realmente vieram apenas mais uma vez confirmar com outras literaturas, pois de acordo com os dados do Sistema Nacional de Informações Tóxico-Farmacológicas (SINITOX), a faixa etária predominante das intoxicações exógenas fica entre 20 e 29 anos e a predominância do sexo masculino concentram a maioria dos óbitos por tentativa de suicídio.

A ocupação foi outra variável que chamou bastante atenção, pois na maioria dos estudos, o estudante e o desempregado ficaram bem destacados, predominando em três estudos, o estudante, e em dois, o desem-

pregado, assim como dois estudos não destacaram a ocupação como variável de destaque.

Em relação à zona de ocorrência, os estudos não mostraram resultados tão significantes, pois dois estudos mostraram a zona rural como de maior predominância, dois a zona urbana, e quatro estudos não consideraram a zona de acontecimentos como variável importante.

Em relação à escolaridade, apenas dois estudos mostraram esta variável, tendo um o analfabetismo a escolaridade predominante e um o ensino fundamental; já a grande maioria dos estudos, seis, não consideraram a escolaridade como fator importante para as intoxicações exógenas.

Em relação ao perfil clínico, a maioria dos artigos relatou os principais sinais e sintomas das vítimas que sofreram intoxicação exógena e, em alguns, os autores relataram os principais cuidados que foram realizados para com estas vítimas. Em cinco artigos, os autores descreveram o perfil clínico das vítimas de intoxicação exógena, e em apenas três trabalhos, os autores não levaram em consideração o perfil clínico como sendo de grande valia para seus trabalhos. Em três, dos cinco artigos que descreveram o perfil clínico, foram relatados a sialorreia, a sudorese intensa, o vômito, a cefaleia e a liberação dos esfíncteres como sendo os principais sinais e sintomas apresentados pelas vítimas. Além disso, dos cinco artigos que descreveram o perfil clínico, apenas dois relataram os principais procedimentos realizados com as vítimas de intoxicação exógena, tendo a lava-

gem gástrica, o uso do carvão ativado e a atropinização como os principais procedimentos.

Um dos estudos ainda mostrou a UTI (Unidade de Terapia Intensiva) como o principal ambiente de internação dessas vítimas, outro estudo teve a enfermaria.

Os oito artigos relataram sobre o perfil epidemiológico. Destes, sete relataram a substância utilizada, apenas um relatou o veneno como sendo o principal agente tóxico ingerido; dois relataram a via oral e seis simplesmente não relataram a via. Dos oito estudos, três citaram os organofosforados como sendo o principal agente causador das intoxicações, três apontaram como sendo os medicamentos; um como sendo o carbamato mais conhecido como “chumbinho”. Dois dos estudos colocaram que as intoxicações foram acidentais e cinco citaram como sendo por autoingestão, tendo a tentativa de suicídio como sendo o principal motivo das intoxicações exógenas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após a realização deste estudo, as contribuições dessas publicações poderão oferecer aos profissionais de enfermagem, que lidam diretamente com o paciente intoxicado, a convicção de sua importância enquanto cuidadores da área da saúde para adolescentes/adultos acometidos por esse quadro clínico tão complexo.

Observa-se o quanto é necessário que a enfermagem atue utilizando uma de suas mais eficientes e

eficazes ferramentas de cuidado: a educação em saúde, a fim de prevenir episódios de intoxicação exógena, e para que haja reconhecimento precoce dos sinais e sintomas, estabelecendo um menor tempo entre a detecção dos primeiros sinais e a atuação da equipe de saúde.

A análise dos artigos permitiu evidenciar que a utilização do processo de enfermagem é de fundamental importância para uma assistência qualificada no cuidado ao paciente vítima de intoxicação exógena e o enfermeiro, por sua vez, está ligado intimamente ao paciente, devendo estar habilitado para atuar diante desta condição.

Apesar de não mencionar quais os cuidados e orientações específicas que a enfermagem necessita transmitir ao responsável, a ideia é destacar que esse cuidar é extremamente importante para a melhoria da qualidade de vida do paciente. Porém, não houve um aprofundamento ideal acerca da temática, o que não é admirável, pois a produção científica sobre o tema é um pouco escassa.

Pode-se observar, também, que a utilização de medidas nas práticas da educação em saúde deve integrar o atendimento clínico, a promoção de saúde, o aconselhamento, o manejo e a pesquisa, como a detecção precoce de pacientes intoxicados, sabendo que os adolescentes/adultos são o público de maior acometimento deste estado complexo, e que a família também sofre junto à vítima.

Desse modo, é iminente a necessidade de um maior investimento e visibilidade das pesquisas acer-

ca da temática exposta. Isso porque o tema possibilita uma amplitude considerável de intervenções. Cabe, portanto, aos estudantes e profissionais da saúde, assumir o compromisso de realizar um maior número de pesquisas na área e divulgar os resultados das pesquisas relacionadas a esse cuidado, a fim de, futuramente, utilizarem essa forma diferenciada de cuidar na sua prática diária, tentando prevenir, principalmente, novos episódios e/ou a detecção precoce do estado do intoxicado.

REFERÊNCIAS

BOTELHO, L. L.R.; CUNHA, C.C.; MACEDO, M. O método das revisões integrativas nos estudos organizacionais. **Gestão e Sociedade**. Belo Horizonte, v. 21, n. 1, p. 121-136, mai-ago 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Guia de vigilância epidemiológica**. Ministério da Saúde, Secretaria de vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica, 7. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

COSTA. R.J. Intoxicação exógena. **Portal da educação**. Rio de Janeiro, 2008. Disponível em: <http://www.portaleducacao.com.br/farmácia/artigos/6413/intoxicaçãox020ex0gena>. Acesso em: 10 jun. 2019.

Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). **Sistema Nacional de Informações Tóxico- Farmacológicas (SINITOX)**. Casos registrados de intoxicação humana por agente tóxico e centro, 2010. Disponível em: <http://www.fiocruz.br/sinitox/novo/media/nd1.pdf>. Acesso: 03 jun. 2019.

GALVÃO. C.M.; MENDES, K.D.S.; SILVEIRA, R.C.C.P.; Revisão Integrativa: Método de Pesquisa para a Incorporação de Evidências na Saúde e na Enfermagem. Brasil. **Texto Contexto Enferm**. Florianópolis, 2008 out-dez; v. 17, n. 4, p. 758-64.

GUIMARÃES, S.J. *et.al.* Perfil das intoxicações exógenas em um hospital Universitário. **Revista Médica de Minas Gerais**. 2008; v. 18, n. 1, p. 5-10.

HASSELMANN, M.H.; WERNECK, G.L.; Intoxicações exógenas em crianças menores de seis anos atendidas em hospitais da região metropolitana do Rio de Janeiro. **Revista Assoc.Med. Bras.** V. 55, n. 3, p. 302-307. 2009.

LOVISI, G.M.; SANTOS, S.A.; LEGAY, L.F. Substâncias Tóxicas e tentativas de suicídios: considerações sobre acesso e medidas restritivas. **Saúde Colet.** Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 53-61, 2013.

SOBEL, J. *et al.* Intoxicação por Exposição à rapadura em três municípios do Rio Grande do Norte, Brasil: uma investigação de epidemiologia de campo. **Saúde Soc.** São Paulo, v. 20, n.3, p. 797-810, 2011.

World Health Organization (CH). **Preventing suicide:** a global imperative. Geneva: WHO; 2014.

CAPÍTULO 4

SEGURANÇA DO PACIENTE NA GESTÃO DA ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS EM UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

Álvaro Farias Nepomuceno Carneiro

Ana Karine Girão Lima

Antonio Rodrigues Ferreira Júnior

INTRODUÇÃO

Em 2004, a Organização Mundial de Saúde (OMS) lançou a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, que incorporou, como primeiro desafio, a infecção relacionada à Assistência à Saúde, devido ao cenário mundial evidenciar que 1 em cada 10 pacientes hospitalizados sofrem danos em países desenvolvidos e esse número provavelmente pode ser mais alto em países em desenvolvimento. Portanto, é de extrema importância prevenir e identificar esses eventos o quanto antes para a melhora da segurança do paciente, sem esquecer a satisfação profissional e os custos hospitalares envolvidos (FONSECA; PETERLINI; COSTA, 2014).

Receber uma assistência à saúde de qualidade é um direito do indivíduo. Os serviços de saúde devem oferecer um cuidado que seja efetivo, eficiente, seguro,

com a satisfação do paciente em todo o processo, tendo definição a qualidade na assistência como o grau em que os serviços de saúde aumentam a probabilidade de obter os resultados desejados com o nível de conhecimento científico atual (ANVISA, 2013).

Paralelamente, a segurança do paciente corresponde à redução ao mínimo aceitável do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde. O Programa de Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde (PROADESS, 2016) a define como a capacidade do sistema de saúde de identificar, evitar ou minimizar os riscos potenciais das intervenções em saúde ou ambientais.

Os erros e danos causados aos pacientes durante o atendimento médico-hospitalar têm sido descritos e estudados por mais de um século, porém a visibilidade do tema junto aos profissionais ainda não alcançou os níveis necessários de atenção. Em 1999, o Institute of Medicine (IOM), lançou o relatório *Errar é humano*, que divulgou amplamente os achados relacionados com lesões causadas pelo tratamento médico-hospitalar nos EUA. (SILVA, 2012)

O IOM declara que a cultura da segurança no cuidado em saúde requer três elementos: a crença que, embora os processos de cuidado em saúde sejam de alto risco, eles podem ser planejados para prevenir o dano; um comprometimento ao nível da organização para detectar os erros e aprender com eles; e um ambiente que gerencia os erros quando os trabalhadores, conscientemente, aumentam os riscos para os pacientes e seus pares. (SILVA, 2012)

Em 2006, foram definidas pela Joint Commission International as seis metas de segurança do paciente: Meta 01 – Identificar os pacientes corretamente; Meta 02 – Melhorar a comunicação efetiva, Meta 03 – Melhorar a segurança para medicamentos de alta-vigilância; Meta 04 - Assegurar cirurgias com local de intervenção correto, procedimento correto e paciente correto; Meta 05 – Reduzir o risco de infecções associados aos cuidados de saúde e Meta 06 – Reduzir o risco de lesão do paciente resultante de quedas (FONSECA; PETERLINI; COSTA, 2014).

Quanto às ações para reduzir os riscos e mitigar os Eventos Adversos (EAs), a OMS priorizou três, que foram denominadas de desafios globais: reduzir a infecção associada ao cuidado em saúde, por meio da campanha de higienização das mãos; promover uma cirurgia mais segura, pela adoção de uma lista de verificação antes, durante e após o ato cirúrgico e medicação sem dano. Outras soluções têm sido estimuladas pela OMS, tais como: evitar erros com medicamentos que tenham nomes e embalagens semelhantes; evitar troca de pacientes, ao prestar qualquer cuidado – administrar medicamento, colher amostra para exame, infundir bolsa de sangue etc.; garantir uma correta comunicação durante a transmissão do caso; retirar as soluções eletrolíticas concentradas das áreas de internação dos pacientes e controlar a sua utilização; criar mecanismos de controle de soluções eletrolíticas concentradas; garantir a medicação correta em transições dos cuidados (conciliação medicamentosa); evitar a má conexão de tubos, cateteres e seringas; e usar seringas descartáveis (BRASIL, 2014).

O Ministério da Saúde instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), por meio da Portaria MS/GM nº 529, de 1º de abril de 2013, com o objetivo geral de contribuir para a qualificação do cuidado em saúde, em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional, quer públicos, quer privados, de acordo com prioridade dada à segurança do paciente em estabelecimentos de saúde na agenda política dos Estados-membros da OMS e na resolução aprovada durante a 57ª Assembleia Mundial da Saúde (BRASIL, 2014).

O desenvolvimento de estratégias para a segurança do paciente neste país depende do conhecimento e do cumprimento do conjunto de normas e regulamentos que regem o funcionamento dos estabelecimentos de saúde, condição básica para que estes estabelecimentos possam dar novos passos, como a elaboração de planos locais de qualidade e segurança do paciente, com ações monitoradas por indicadores, gerido por uma instância (núcleo) responsável e de uma política de estímulo à utilização rotineira de protocolos e diretrizes clínicas (BRASIL, 2014).

Os erros de medicação e as reações adversas a medicamentos estão entre as falhas mais frequentes nos cuidados em saúde observadas na prática clínica e tantas vezes reportadas na mídia, sendo importante destacar que estas condições podem ser evitadas, muitas vezes, nas três principais fases do processo de uso da droga – prescrição, dispensação e administração, as quais envolvem ações multiprofissionais de equipes médicas, de enfermagem e farmacêuticas (SILVA *et al.*, 2011).

Realizar os cuidados certos, no momento certo, da maneira certa, para a pessoa certa, objetivando alcançar os melhores resultados possíveis, são princípios que fundamentam a qualidade da assistência e que direcionam a prática de enfermeiros que se esmeram em prestar uma atenção ética e respeitosa, baseada nas necessidades do paciente e da família, na excelência clínica e na melhor informação científica disponível (PEDREIRA, 2009; OLIVEIRA *et al.*, 2014).

A saúde, no Brasil, está coberta pelo Sistema Único de Saúde (SUS), o maior e mais complexo sistema de saúde no mundo, que tem como princípios a universalidade, a integralidade e a equidade. A partir de então foram divididos os níveis de atenção à saúde. A atenção primária caracterizada pelas unidades básicas de saúde, onde se configura a porta de entrada para o SUS, tendo como função a marcação de exames, consultas e realização de pequenos procedimentos como troca de curativos. A atenção secundária caracteriza-se pelas clínicas e unidades de pronto atendimentos (UPAs), onde são realizados procedimentos de intervenções, bem como tratamento a casos crônicos e agudos de doenças. A atenção terciária é caracterizada pelos hospitais de grande porte, onde são realizadas manobras mais invasivas e de maior risco à vida, também pode funcionar serviços quaternários de transplante de tecidos (MENDES, 2011).

A prática clínica revela que as UPAs são locais passíveis para ocorrer erros, principalmente relacionados à administração de medicamentos, pois a demanda é

alta; necessidades de saúde múltiplas, da mais simples (cefaleia leve) a mais complexa (infarto agudo do miocárdio); pacientes exigentes quanto à resolutividade de seus problemas/queixas; e profissionais de saúde com graus de estresse comuns aos que atuam em emergência. Para promover o cuidado seguro, os profissionais devem ter bastante atenção e agilidade em prestar a assistência, assim como um trabalho em equipe efetivo.

SEGURANÇA DO PACIENTE

A Organização Mundial da Saúde (OMS, 2004) define qualidade do cuidado em saúde é como o grau em que os serviços de saúde para indivíduos e populações aumentam a probabilidade de resultados desejados e são consistentes com o conhecimento profissional atual.

Embora o objetivo do cuidado seja a promoção da saúde e recuperação do paciente, esse está sujeito a riscos decorrentes da assistência prestada. Por esse motivo, busca-se a qualidade e a segurança na prestação de serviços (MACIEL; KUERTEN; PADILHA, 2013).

A segurança do paciente é parte de um conceito mais amplo, a qualidade da atenção à saúde e está relacionada à qualidade nos serviços de saúde (GOUVÊA; TRAVASSOS, 2010; TASE; LOURENÇÃO; BIANCHINI *et al.*, 2013). O tema da segurança do paciente tornou-se uma questão central nas agendas de diversos países a partir do início do século XXI (REIS; MARTINS; LAGUARDIA, 2013).

Um em cada seis pacientes internados em hospitais é vítima de algum tipo de incidente relacionado à segurança do paciente, que na maioria das circunstâncias são passíveis de prevenção (CAPUCHO; ARNAS; CASSIANI, 2013).

Pelo menos 44.000 americanos morrem a cada ano como resultado de erro médico e o número pode atingir a marca de 98.000 mortes por ano (IOM, 2000). No Brasil, foi identificada incidência de 7,6% de pacientes internados acometidos por eventos adversos, sendo 66,7% destes evitáveis (CAPUCHO; ARNAS; CASSIANI, 2013).

Os eventos mais frequentes foram relacionados à cirurgia, seguido por aqueles associados a procedimentos clínicos (MENDES; MARTINS; ROZENFELD *et al*, 2009).

Os números acima remetem à importância das discussões sobre segurança do paciente.

A partir da década de 2000, a segurança do paciente entra para a agenda de pesquisadores de todo o mundo e passa a ser internacionalmente reconhecida como uma dimensão fundamental da qualidade em saúde (CAPUCHO; CASSIANI, 2005).

Neste ínterim, em 2004, a OMS criou a Aliança Mundial pela Segurança do Paciente, instituindo uma agenda com 12 áreas de atuação. Sendo a primeira intitulada como “Desafios Globais para Segurança do Paciente”, na qual uma das diretrizes priorizadas é o “Cuidado Limpo é Cuidado Seguro” (OMS, 2006).

O WHO Patient Safety Program, composto por diversos países, busca definir questões prioritárias para a pesquisa na área de segurança do paciente que sejam

de alta relevância para países em todos os níveis de desenvolvimento. Destacam-se: cuidados de saúde às mães e aos recém-nascidos; cuidados de saúde aos idosos; eventos adversos relacionados a erros de medicação; frágil cultura de segurança, voltada ao processo de responsabilização pelo erro; competências e habilidades inadequadas entre profissionais de saúde; infecções associadas ao cuidado de saúde (OMS, 2009).

Para a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), a segurança do paciente é um dos critérios básicos para alcançar a qualidade de atenção ao paciente e as diferentes visões dos profissionais ajudam a definir quais são as prioridades nacionais e, desta forma, construiu-se um projeto adaptado à realidade brasileira nas linhas do programa da OMS (BRASIL, 2007).

Apesar de o Ministério da Saúde (MS) e ANVISA promoverem iniciativas da Aliança Mundial para a Segurança do Paciente da OMS, como a campanha para introdução do protocolo de cirurgia segura nos hospitais, a adesão por parte dos serviços é baixa, justamente por não terem uma cultura institucional voltada para a segurança do paciente (CAPUCHO; CASSIANI, 2005). A necessidade do fortalecimento de uma cultura de segurança no nível organizacional é apontada como medida fundamental ao processo de melhoria da segurança do paciente no contexto hospitalar (REIS; MARTINS; LA-GUARDIA, 2013).

Diante do cenário exposto, no qual as políticas implementadas pelo Ministério da Saúde não têm sido suficientes para estimular o olhar crítico para a segurança

do paciente, com estabelecimento de metas específicas para prevenir danos evitáveis e minimizar riscos de incidentes, sugere-se o desenvolvimento de um programa nacional de segurança do paciente vinculado aos programas de qualidade do Governo Federal, com participação mínima do MS, ANVISA, Agência Nacional de Saúde (ANS) e Ministério da Educação, sendo este um importante aliado para a formação de profissionais de saúde, incluindo hospitais de ensino (CAPUCHO; CASSIANI, 2005).

No final do século XIX, foram criadas as primeiras comissões para investigar os danos associados ao uso de medicamentos, inicialmente em função de inúmeros relatos de mortes súbitas durante anestesia com clorofórmio. Neste enfoque, a preocupação com a segurança do paciente vem ganhando destaque nas discussões que envolvem a assistência, em que se observam grandes avanços em todo o aporte tecnológico para o cuidado, requerendo, contudo, uma assistência segura e individualização (CORBELLINI; SCHILLING; FRANTZ, 2011).

Diante dos avanços tecnológicos nas áreas clínicas, da ampliação do acesso aos serviços de saúde e a da difusão da informação em saúde, importantes transformações ocorreram no cenário moderno e competitivo dos sistemas de cuidados de saúde. Porém, a redução da morbimortalidade por diversas doenças contrasta com os riscos elevados inerentes a esses sistemas complexos (REIS; MARTINS; LAGUARDIA, 2013).

A assistência à saúde caracteriza-se como uma das mais complexas e dinâmicas atividades realizadas

por seres humanos. Realizar os cuidados certos, no momento certo, da maneira certa, para a pessoa certa, objetivando alcançar os melhores resultados possíveis, são princípios que fundamentam a qualidade da assistência (PEDREIRA, 2009).

O cuidado de saúde, fornecido de maneira consciente e em um ambiente comunitário seguro, são essenciais para a sobrevivência e bem-estar do cliente e também contribuem para a redução de atos não seguros dentro do sistema de assistência à saúde, assim como para a utilização de boas práticas, visando a alcançar ótimos resultados para o paciente (CORBELLINI; SCHILLING; FRANTZ, 2011).

Os incidentes podem ser sem dano, com dano (evento adverso), ou *near misses*, também denominado de potencial evento adverso (CAPUCHO, 2011). Já Victora, Barreto, Leal *et al.* (2011) classificam os resultados negativos em saúde como eventos adversos ou qualquer tipo de incidente com potencial para causar danos aos pacientes.

A ocorrência de eventos adversos envolve não apenas custos sociais e econômicos consideráveis, mas pode também implicar em danos irreversíveis aos pacientes e suas famílias (REIS; MARTINS; LAGUARDIA, 2013). Cuidados de saúde inseguros resultam em expressiva morbidade e mortalidade evitáveis, gastos adicionais com a manutenção dos sistemas de saúde (GOUVÊA; TRAVASSOS, 2010).

Na saúde, o erro humano pode acontecer em decorrência de fatores isolados ou de múltiplos fatores as-

sociados, quer sejam inerentes ao próprio paciente, de ordem institucional, financeira e de recursos estruturais, como planta física, materiais ou equipamentos, além dos fatores humanos, como a falta de conhecimentos e habilidades (YOSHIKAWA; SOUSA; PETERLINI, 2013). Citam-se ainda a cultura, as relações e a complexidade do sistema, desde sua concepção, organização e funcionamento, favorecendo a ocorrência de inúmeros erros e eventos adversos evitáveis, comprometendo a segurança do paciente e ocasionando mortes ou sequelas (PEDREIRA, 2009; REIS; MARTINS; LAGUARDIA, 2013).

A ocorrência de EA é consequência de um encaideamento de fatores sistêmicos, os quais incluem as estratégias de uma organização, sua cultura, práticas de trabalho, abordagem de gestão da qualidade, da prospecção de riscos e da capacidade de aprendizagem a partir dos erros (PORTO; MARTINS; MENDES *et al.*, 2010). Em hospitais, essas condições podem se relacionar ao ambiente de trabalho, à supervisão inadequada, falta de treinamento ou formação deficiente, estresse, sobrecarga de trabalho e sistemas de comunicação inadequados (REIS; MARTINS; LAGUARDIA, 2013).

Porém, de modo geral, os erros têm sido atribuídos ao indivíduo mais do que ao sistema, sendo necessária a mudança da realidade vivenciada, a fim de garantir a qualidade dos cuidados prestados à população. Entende-se que conhecer a possibilidade de sua ocorrência, além dos tipos, causas e consequências é imprescindível para o entendimento e prevenção do erro humano (YOSHIKAWA; SOUSA; PETERLINI *et al.*, 2013).

Estudo desenvolvido com enfermeiros atuantes em unidades de cuidados intensivos verificou que a maioria dos profissionais (74,3%) refere à existência de punição na vigência de evento adverso, contrariando as recomendações da análise sistêmica do erro e implantação de cultura de segurança nas instituições de saúde, que deveriam avaliar as falhas no sistema e não identificar os culpados para punir (CLARO; KROCOCKZ; TOFFOLLETO, 2011).

Erros são consequências, não causas. Embora não se possa mudar a condição humana, é possível atuar naquelas sobre as quais os seres humanos trabalham, criando defesas no sistema. A excessiva preocupação com a confidencialidade da informação, somada ao receio da responsabilização profissional, associados aos escassos e frágeis registros nas organizações de saúde, prejudicam a visibilidade e a análise pormenorizada dos eventos adversos (OMS, 2002).

A instituição deve garantir a existência de mecanismos para prevenção e minimização de erros, entre estes, a notificação e a análise dos erros, como se estabelece as ações corretivas e preventivas e como os profissionais são informados sobre o desenvolvimento dessas análises, o que pode fornecer importantes informações para a construção de um sistema de saúde mais seguro (PAIVA, M.C.M.S.; PAIVA, S.A.R.; BERTI, 2010; PEDREIRA, 2009)

Estudo que objetivou avaliar especificamente a segurança do paciente com foco na higienização das mãos, verificou que os profissionais reconhecem essa ação

como uma estratégia para a prevenção de infecções relacionadas à assistência; superestimam a própria adesão ao mesmo tempo em que referem não haver fatores que impeçam ou desestimulem essa prática de cuidado. A preocupação foi maior quando as indicações refletiam proteção do profissional quando comparadas àquelas relativas à proteção do paciente. Os autores concluíram que a assistência na unidade investigada, sob a perspectiva da baixa adesão à higienização das mãos, implica em risco para a segurança de pacientes criticamente enfermos (BATHKE; CUNICO; MAZIERO, 2013).

Em outro trabalho, autores avaliaram a prática da identificação do paciente, constataram que essa prática ainda não tem sido reconhecida como elemento essencial no campo do cuidado seguro, assim como na pesquisa e na legitimidade do processo, pela equipe multidisciplinar; apesar da elevada proporção de eventos adversos e erros constatados (TASE; LOURENÇÃO; BIACHINI *et al*, 2013).

Posto isso, sabendo que os erros no sistema de saúde não são raros, estes precisam ser entendidos como resultados de sistemas que não levam em consideração a falibilidade humana. Assim, o foco deve voltar-se para a segurança, e não para a punição, com a ideia de que cada erro é concebido sob a perspectiva de falhas do sistema e devem ser analisadas de modo amplo para que possam ser corrigidas e prevenidas, incluindo as ações a serem tomadas quando da impossibilidade de evitar sua ocorrência (KAWANO; PEREIRA; UETA *et al*, 2006).

SEGURANÇA DO PACIENTE NA ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS

A terapia medicamentosa consiste na forma mais comum de intervenção no cuidado à saúde e é consenso na literatura que os erros de medicação são frequentes, embora existam controvérsias acerca de sua incidência (BOHOMOL; RAMOS, 2007).

Entende-se que os acidentes com medicamentos são todos os eventos adversos relacionados a medicamentos, que podem ser divididos em reações adversas e erros de medicação. O conceito erro de medicação implica que o uso inadequado pode ou não lesar o paciente e não importa se o medicamento se encontra sob o controle de profissionais de saúde ou do usuário (PE-DREIRA, 2009).

O erro de medicação é definido como um evento evitável, ocorrido em qualquer fase da terapia medicamentosa, que pode ou não causar danos ao paciente. A ocorrência do dano caracteriza o evento adverso ao medicamento, que se refere ao prejuízo ou lesão, temporária ou permanente, decorrente do uso incorreto do medicamento, incluindo a falta dele. Quando o erro, apesar de ter potencial para provocar um dano, não causa prejuízo ao paciente por ter sido interceptado antes de atingi-lo, define-se o erro de medicação potencial, também descrito na literatura como potencial evento adverso ao medicamento.

Em situações de emergência os erros são atribuídos à necessidade de implementação da terapia

medicamentosa em período de tempo extremamente reduzido, a complexidade do atendimento, as diversas interrupções que impedem a continuidade do cuidado, as flutuações na quantidade de pacientes assistidos, ao envolvimento de menor número de profissionais que poderiam interceptar o erro e a dificuldade na utilização da dispensação de medicamentos por dose unitária em tais unidades (BOHOMOL; RAMOS, 2007).

Dessa forma, considera-se que os eventos adversos resultantes de erros de medicação são potencialmente evitáveis, sendo a possibilidade de prevenção uma das diferenças marcantes entre as reações adversas e os erros de medicação. Os eventos adversos relacionados ao medicamento podem ser considerados como um dos principais fatores associados à morbidade e à mortalidade nos serviços de saúde. Os eventos adversos aos medicamentos e às reações adversas, além de representarem um sério risco à saúde do paciente, também estão diretamente associados ao aumento de custos no serviço de saúde (KAWANO; PEREIRA; UETA *et al.*, 2006).

Embora o preparo de medicamentos seja procedimento que demanda conhecimentos complexos, nos hospitais, a enfermagem costuma fazê-lo como tarefa simples, atribuída sem distinção a auxiliares, técnicos ou enfermeiros, e entendida como parte de uma rotina (CAMERINI; SILVA, 2011).

Entre os procedimentos técnicos relativos ao preparo e à administração de medicamentos, é necessária a atenção às etapas desse processo, que envolve a prescrição médica, dispensação, distribuição, preparo e ad-

ministração propriamente dita. Os erros na administração de medicamentos podem trazer danos e prejuízos diversos ao paciente, desde o aumento de tempo de internação hospitalar, necessidade de intervenções diagnósticas e terapêuticas e até consequências irreversíveis como a morte (CORBELLINI; SCHILLING; FRANTZ, 2011).

Em medicação, os erros podem ser classificados em: erros de prescrição, de omissão, de horário, administração de uma medicação não autorizada, dose incorreta, apresentação, preparo, técnica de administração inadequada, medicamentos deteriorados, monitoramento ineficiente, erros em razão da aderência do paciente e outros. Uma prescrição de medicamento somente é completa se possuir: nome completo do paciente/cliente; data em que a prescrição foi feita, incluindo dia, mês, ano, horário; nome do medicamento, escrita correta (essencial para evitar confusão com homônimos); dose do medicamento a ser administrado; quantidade e tempo de infusão (se medicação endovenosa); via de administração; horário, frequência da administração e assinatura do médico, o que torna a prescrição um documento legal (CORBELLINI; SCHILLING; FRANTZ, 2011).

No preparo de medicamentos, devem ser aplicados vários princípios científicos que garantam o resultado terapêutico esperado. Para isto, é necessário saber com que diluir, qual volume administrar em acesso venoso periférico e/ou central, quanto tempo pode ficar a medicação preparada antes de ser administrada, em que condições ambientais deve ser preparada e acondicionada (luz, calor, higiene), além de aspectos tradi-

cionalmente vinculados à enfermagem, como garantir o preparo do medicamento certo, ao paciente certo e na dose correta (CAMERINI; SILVA, 2011).

Para uma administração segura do medicamento deve-se: manter cada medicamento em seu recipiente e com o seu devido rótulo; protegê-lo da exposição ao calor e luz conforme a particularidade de cada um; refrigerar, de forma adequada, o fármaco, quando ele exige; verificar o prazo de validade; ler os rótulos cuidadosamente e seguir as instruções para o preparo, notificando ao médico efeitos colaterais que o paciente possa apresentar.

Dentre as causas mais frequentes para a ocorrência de erros de medicação, destacam-se a sobrecarga de trabalho e o fenômeno interrupção, quando o profissional é distraído por colegas, pacientes ou ocorrências no seu local de trabalho. Todavia, no contexto da administração de medicamentos, um dos problemas enfrentados, é a ênfase dada à punição e não à educação, o que leva à subnotificação e facilita a repetição do erro (CORBELLINI; SCHILLING; FRANTZ, 2011).

ESTRATÉGIAS DE CONTROLE E GERENCIAMENTO PARA A SEGURANÇA DO PACIENTE

No Brasil, as ações que visam à segurança do paciente e à melhoria da qualidade em serviços de saúde consonantes com as previstas pela OMS são de responsabilidade da ANVISA e envolvem a higienização das mãos; os procedimentos clínicos seguros; a segurança

do sangue e hemoderivados; a administração segura de injetáveis e de imunobiológicos; e a segurança da água e no manejo de resíduos (BRASIL, 2011). A implantação de um sistema de suporte à decisão clínica focado na detecção e prevenção de eventos adversos implica em reduções significativas na incidência dos eventos adversos (PEDREIRA, 2009).

Yodhikawa, Sousa, Peterlini *et al.* (2013), citam a importância da mudança na cultura de segurança das instituições de atendimento à saúde, em que os novos profissionais devem apresentar conhecimentos e habilidades para identificar, saber o que fazer quando cometem ou presenciam um erro. Diante de um erro, todos os envolvidos devem discutir sua ocorrência, a fim de determinar formas de preveni-lo. Além da discussão do erro entre os envolvidos, todos os profissionais e gestores devem participar, pois é um momento em que experiências podem ser compartilhadas para elucidação de como o erro aconteceu e como poderia ser prevenido, pois iminentemente não foi resultado de ato falho isolado de um profissional, mas, sim, de um sistema desenhado para gerar erros humanos.

A cultura de segurança é definida como o produto de valores, atitudes, competências e padrões de comportamento individuais e de grupo, os quais determinam o compromisso, o estilo e a proficiência da administração de uma organização saudável e segura (REIS; MARTINS; LAGUARDIA, 2013).

A avaliação da cultura de segurança é vista como o ponto de partida para iniciar o planejamento de ações

que busquem mudanças para reduzir a incidência de eventos adversos e, conseqüentemente, para garantir cuidados de saúde seguros. Há a necessidade de uma cultura de segurança justa nas organizações de saúde, onde não haja punição para os erros, mas sim para condutas impróprias; que seja uma cultura voltada para o relato dos erros em um ambiente seguro, que estimule as pessoas a conversarem sobre as falhas ocorridas, analisar as situações as quais as precederam, identificando os pontos frágeis do sistema para que esses sejam reparados (REASON, 2004).

Outra medida para minimização e gerenciamento dos erros relacionados ao cuidado à saúde consiste na implementação e acompanhamento de indicadores em saúde.

A inclusão de indicadores de qualidade e segurança nos programas de monitoramento da qualidade dos serviços de saúde representa uma importante estratégia para promover a segurança do paciente hospitalizado (GOUVÊA; TRAVASSOS, 2010).

No Brasil, ainda não existe um conjunto de indicadores definidos com essa finalidade, além de serem escassas as pesquisas sobre o tema. Portanto, faz-se necessário o desenvolvimento de indicadores de segurança do paciente com base na melhor evidência científica disponível e adaptação à realidade de cada país para garantir sua viabilidade, o que deve considerar variações culturais e da prática clínica, a disponibilidade dos sistemas de informação e a capacidade de hospitais e sistemas de saúde para implementar programas de

monitoramento das qualidades efetivas. A participação de diferentes grupos representativos nos processos de desenvolvimento de indicadores, como os consumidores, legitima esses processos e busca atender às diferentes necessidades e às expectativas dos diversos atores envolvidos. Além disso, proporciona a construção de indicadores mais compreensíveis e factíveis (GOUVÊA; TRAVASSOS, 2010).

Sugere-se a implantação de sistemas de prescrição eletrônica que permitam postura pró-ativa na detecção e resolução dos eventos adversos relacionados aos medicamentos. Aliado ao sistema eletrônico de prescrição, a utilização de protocolos clínicos bem fundamentados e a dispensação dos medicamentos por dose unitária podem auxiliar de maneira decisiva na redução dos erros com medicamentos. Além de sistemas que facilitem a prática da administração de medicamentos, também é importante sistemas que permitam a notificação de erros e o acompanhamento destes registros (PEDREIRA, 2009).

A incorporação de relatos de erros de medicação, por meio do desenvolvimento e implementação de sistemas de notificação de erros visa, essencialmente, a possibilidade de mudanças para a construção de uma prática mais segura, uma vez que o conhecimento da realidade nos permite aprender com os erros. Os sistemas de notificação permitem ainda a identificação padrões de erros evitáveis e suas causas principais, contribuindo para o desenvolvimento de modelos de boas práticas assistenciais que previnam estes erros (BOHOMOL; RAMOS, 2007).

É necessário que os erros sejam relatados e notificados para que se conheça a causa do problema. Contudo, na área da saúde, ainda não se visualiza a comunicação e a notificação efetiva de eventuais erros por sentirem vergonha, pois ainda é presente a ideia de punição e o medo de sanções administrativas, punições verbais, escritas, demissões, processos civis, legais e éticos (CORBELLINI; SCHILLING; FRANTZ, 2011).

As notificações por parte dos profissionais de saúde, pacientes e seus cuidadores são importantes para a identificação de incidentes em saúde, especialmente por ser um método de baixo custo e, principalmente, por envolver os profissionais que prestam assistência em uma política de melhoria contínua centrada no paciente (CAPUCHO; CASSIANI, 2013).

Reconhecer que os erros de medicação são frequentes e identificar seus padrões e causas no cotidiano da prática de atendimento à criança são apenas o primeiro passo para diminuição dos riscos de sua ocorrência. Recomenda-se a adoção de uma abordagem com vistas à redução de erros de medicação que seja orientada por sistemas, cujo princípio é examinar falhas do processo que possam ter desencadeado o erro, e propor estratégias que visem impedir sua recorrência ou minimizar seu impacto caso ele atinja o paciente (BOHOMOL; RAMOS, 2007).

A implantação de um programa global e multidimensional para avaliar e melhorar a qualidade dos cuidados de saúde deve ser uma prioridade dos governos em todos os níveis (GOUVÊA; TRAVASSOS, 2010). Capu-

cho e Cassiani (2013) apontam a importância de um sistema de notificação único entre as instituições com vistas a facilitar e agilizar o processo de envio e de tomada de decisões, minimizando riscos e evitando eventos adversos, ampliando a qualidade da assistência e a segurança dos pacientes em todos os níveis; ampliar o conhecimento sobre os riscos e incidentes que ocorrem nas instituições brasileiras, direcionando o planejamento de ações dos gestores de saúde; melhorar a qualidade dos dados encaminhados; garantir a legibilidade das informações disponíveis; preservar a confidencialidade dos notificadores e dados relatados; e, por fim, reduzir custos do processo de notificação. Os autores afirmam, ainda, que tal sistema deve estar em *site* interativo que disponibilize gratuitamente notícias, dicas de segurança, informações sobre eventos adversos, protocolos sobre como implementar um programa de segurança nos serviços de saúde, cursos e palestras *on-line* (CAPUCHO; CASSIANI, 2013).

A identificação de incidentes é um desafio, mas a implantação do sistema informatizado de notificações é uma estratégia necessária para a qualificação da assistência e fundamental para melhorar a segurança do paciente, a partir da qual os gestores conhecerão os incidentes que ocorrem na prestação de assistência aos usuários do sistema sem depender de que pesquisas sejam realizadas exclusivamente para esse fim e podem delinear estratégias de gestão de riscos para a segurança do paciente (CAPUCHO; ARNAS; CASSIANI, 2013).

A implantação de um sistema nacional de notifica-

ções de incidentes deve ser uma das ações prioritárias de um programa nacional de segurança do paciente que contemple, minimamente, metas para gestão dos riscos envolvendo a assistência à saúde, tais como a identificação correta de pacientes, redução de infecções hospitalares, erros em procedimentos como cirurgias e medicação, que estão entre as chamadas nove soluções para a segurança do paciente (CAPUCHO; CASSIANI, 2005).

Deve haver princípios que norteiem a construção dos programas de monitoramento para garantir a produção de informação para a tomada de decisões e estimular o compromisso de todos com a transparência nos serviços de saúde e a responsabilização com a melhoria de qualidade. O erro, como e por que acontece, abre um leque de possibilidades para estudos relacionados à mente humana e seu aspecto cognitivo, como também, para análise das circunstâncias externas e fatores ambientais (GOUVÊA; TRAVASSOS, 2010).

UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO (UPA)

A Política Nacional de Urgência, formulada em 2003, foi fruto de uma grande insatisfação com o atendimento nas emergências hospitalares, culminando na criação de um novo organograma do Ministério da Saúde (KONDER; O'DWYER, 2015).

A construção da política federal para atenção às urgências no Brasil envolveu três grandes momentos:

de 1988 até 2003, há predomínio da regulamentação; entre 2004 e 2008, há grande expansão do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU); e a partir de 2009, predomina na implantação do componente fixo da atenção pré-hospitalar, as Unidades de Pronto Atendimento – UPAs (KONDER; O'DWYER, 2015).

A definição para as UPAs, apesar de formulação constante, pode ser considerada como “[...] o estabelecimento de saúde de complexidade intermediária entre as Unidades Básicas de Saúde e a Rede Hospitalar, devendo com estas compor uma rede organizada de atenção às urgências” (BRASIL, 2008).

As UPAs se constituíram no principal componente fixo de urgência pré-hospitalar e têm se estabelecido como importante ponto de acesso ao sistema, instituindo-se enquanto unidades intermediárias entre a atenção básica e as emergências hospitalares. São classificadas em três diferentes portes, de acordo com a população do município-sede, a área física, número de leitos disponíveis, gestão de pessoas e a capacidade diária de realizar atendimentos médicos (BRASIL, 2008, 2009), conforme demonstra o quadro 1:

Quadro 1 - Divisão das UPAs segundo porte e suas características

Porte	Nº de leitos	Capacidade de atendimento	População de abrangência
I	07	Até 150 pac/dia	50 a 100 mil habitantes
II	11	Até 300 pac/dia	101 a 200mil habitantes
III	15	Até 450 pac/dia	201 a 300 mil habitantes

Fonte: Ministério da Saúde, 2011.

Dentre suas atribuições, as UPAs devem atender à demanda durante 24h, contribuindo, assim, para a diminuição da procura pelo atendimento nos hospitais de grande porte (SILVA *et al.*, 2011). Na grande maioria das vezes, as Unidades de Pronto Atendimento dão respostas rápidas às necessidades dos usuários, principalmente nas queixas agudas e graves, através do encaminhamento para a rede hospitalar ou o redirecionamento para a atenção básica. Proporciona atendimento em clínica médica, pediatria e odontológica casos das UPAs porte III, além da capacidade de estabilizar pacientes graves.

Com a implantação da Política Nacional de Humanização, o Humaniza SUS, o Ministério da Saúde propôs a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do Serviço Único de Saúde. Considera-se humanizar “ofertar atendimento de qualidade articulando os avanços tecnológicos com acolhimento, como melhoria nos ambientes de cuidado e das condições de trabalho” (BRASIL, 2011).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Dada a importância da melhoria do processo de administração medicamentosa em todas as etapas, a elaboração de ferramentas possibilitará resultados positivos na prática de clínica, contribuindo para a segurança adicional dos profissionais e pelo retorno positivo dado pelos gestores no cumprimento exemplar dos passos necessários para a excelência da assistência.

Sabemos que, dentro da administração de medicamentos, as equipes mais envolvidas são a equipe médica, equipe farmacêutica e equipe de enfermagem, cada uma com suas particularidades. Para que ocorra uma harmonia entre esses profissionais, é necessário uma sensibilização conjunta, resultando no pensamento de time, de equipe para que se faça uma assistência de saúde segura e de qualidade para o paciente/ usuário/ cliente, e isto depende da contribuição e engajamento de todos.

A cultura de segurança do paciente é um problema nacional, principalmente nas instituições públicas, devendo-se criar estratégias em nível nacional e em nível local. Quanto às nacionais, devem partir da educação, tanto das instituições que formam profissionais de saúde, quanto das escolas de ensino fundamental e médio, pois assim formaremos uma população consciente de que segurança é um dever e direito de todos (paciente, acompanhante, profissionais de saúde e instituições de saúde).

Já em nível local, fica a responsabilidade das instituições de saúde e dos gestores em capacitar os profissionais de saúde e líderes quanto ao tema, realizando treinamentos e sendo acompanhados pela educação continuada. Este setor, educação continuada, tem como dever acompanhar diariamente os processos na instituição e, no caso do tema segurança do paciente, apontar as falhas e trabalhar nelas para que não ocorram mais. Sabe-se que uma falha na segurança não envolve somente o profissional da ação, mas todo o sistema, logo, deve ser trabalhado a prevenção e a promoção da segurança do paciente.

Diante do exposto, constata-se que muitas falhas foram abolidas, que a conscientização dos profissionais de saúde em relação à segurança do paciente está melhorando cada vez mais. Sabemos, também, que o trabalho de sensibilização deve ser contínuo. Acredita-se que aos poucos vamos conseguindo chegar ao nosso maior objetivo que é oferecer um cuidado de saúde de qualidade e seguro, independente, deste vir do sistema público ou privado. Devemos deixar de lado a visão de estratificar a saúde brasileira, onde o SUS é um sistema falido, fraco e para os pobres e que o sistema privado é o melhor, qualificado e para os ricos. É fato que estamos passando por um momento difícil, seja no público ou no privado, mas precisamos nos unir e ter um olhar abrangente, pensando no Sistema de Saúde Brasileiro. Dessa maneira, conseguiremos enfrentar os obstáculos e sermos um modelo em saúde mundial.

REFERÊNCIAS

AIZENSTEIN, M. L.; TOMASSI, M. H. Problemas relacionados a medicamentos; reações adversas a medicamentos e erros de medicação: a necessidade de uma padronização das definições e das classificações. **Rev Ciênc Farm Básica Apl.** V. 32, n. 2, p. 169-73, 2011.

BATHKE, J.; CUNICO, P.A.; MAZIERO, E. C. S. *et al.* Infraestrutura e adesão à higienização das mãos: desafios à segurança do paciente. **Rev Gaúcha Enferm.** V. 34, n. 2, p. 78-85, 2013.

BOHOMOL, E.; RAMOS, L. H. Erro de medicação: importância da notificação no gerenciamento da segurança do paciente. **Rev Bras Enferm.** V. 60, n. 16, p. 32-6, 2007.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Anvisa promove debate sobre segurança do paciente no Brasil**. Brasília (DF); 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente** / Ministério da Saúde; Fundação Oswaldo Cruz; Agência Nacional de Vigilância Sanitária. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 40p.: il.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.922, de 02 de dezembro de 2008. Estabelece diretrizes para o fortalecimento e implementação do componente de “Organização de redes loco-regionais de atenção integral às urgências” da Política Nacional de Atenção às Urgências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 03 dez. 2008. P.66.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.600/GM/MS**, de 07 de julho de 2011, que reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no SUS. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1600_07_2-11.html. Acesso em: 16 jun. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvc/publicacoes/acolhimento.pdf>. Acesso em: 20 jun. 2019.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Assistência Segura: uma Reflexão Teórica Aplicada à Prática**. Brasília (DF). 2013.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Boletim Informativo. **Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde**. Brasília (DF); 2011. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/wps/portal/anvisa/home>. Acesso em: 20 jun. 2019.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Protocolo de segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos**. 2013.

CAMERINI, F.G.; SILVA, L.D. segurança do paciente: análise do preparo de medicação intravenosa em hospital da rede sentinela. **Texto Contexto Enferm**. V. 20, n. 1, p. 41-9, 2011.

CAPUCHO, H.C. Near miss: quase erro ou potencial evento adverso? **Rev Latino-Am Enferm.** V. 19, n. 5, p. 1272-3, 2011.

CAPUCHO, H.C.; ARNAS, E.R.; CASSIANI, S.H.B.D. Segurança do paciente: comparação entre notificações voluntárias manuscritas e informatizadas sobre incidentes em saúde. **Rev Gaúcha Enferm.** V. 34, n. 1, p. 164-72, 2013.

CAPUCHO, H.C.; CASSIANI, S.H.B. Necessidade de implantar programa nacional de segurança do paciente no Brasil. **Rev Saúde Pública.** V. 47, n. 4, p. 791-8, 2013.

CASSIANI SHB. A segurança do paciente e o paradoxo no uso de medicamentos. **Rev Bras Enferm.** V. 58, n. 1, p. 95-9. 2005.

CLARO, C. M.; KROCKOZ, D. V.; TOFFOLLETO, M. C. *et al.* Adverse events at the intensive care unit: nurses' perception about the culture of no-punishment. **Rev Esc Enferm USP.** V. 45, n. 1, p. 162-7, 2011.

CORBELLINI, V. L.; SCHILLING, M. C. L.; FRANTZ, S.C.; *et al.* Eventos adversos relacionados a medicamentos: percepção de técnicos e auxiliares de enfermagem. **Rev Bras Enferm.** V. 64, n. 2, p. 241-7, 2011.

OLIVEIRA, R. C.de; CAMARGO, A. L. B. de; CASSIANI, S.H.B. Estratégias para prevenção de erros de medicação no Setor da Emergência. **Revista Brasileira de Enfermagem.** V. 58, n. 4. p. 399-404. 2005.

FONSECA, A. S.; PETERLINI, F. L.; COSTA, D. A. **Segurança do paciente.** São Paulo. Martinari. 2014.

GOUVÊA, C. S. D.; TRAVASSOS, C. Indicadores de segurança do paciente para hospitais de pacientes agudos: revisão sistemática. **Cad. Saúde Pública.** V. 26, n. 6, p. 1061-78, 2010.

IOM. **To err is human:** building a Safer Health System. Washington: National Academy Press; 2000.

KAWANO, D. F.; PEREIRA, L. R. L.; UETA, J. M.; *et al.* Acidentes com os medicamentos: como minimizá-los? **Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas** vol. 42, n. 4, p. 487-95, 2006.

KONDER, M. T.; O'DWYER, G. As Unidades de Pronto- Atendimento na Política Nacional de Atenção às Urgências. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**. V. 25, n. 2, p. 525-545, abr/jul.2015. Disponível em: <http://dx;doi;org/10.1590/S0103-73312015000200011>. Data de acesso: 02 jun. 2019.

MACIEL, F.; KUERTEN, P.; PADILHA, T. *et al.* Higienização das mãos e a segurança do paciente pediátrico. **Ciencia y enfermeria**. V. 19, n. 2, p. 99- 109, 2013.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MENDES, W; MARTINS, M; ROZENFELD, S; *et al.* The assessment of adverse events in hospitals in Brazil. **Int J Qual Health Care**. V, 21, n. 4, p. 279-84, 2009.

OLIVEIRA, R. M; LEITÃO, I. T. A.; SILVA, L. M. S.; FIGUEIREDO, S. V.; SAM-PAIO, R. L. Estratégias para promover segurança do paciente: da identificação dos riscos às práticas baseadas em evidências. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**. V. 18, n. 1. Jan-Mar 2014.

OMS. **Global Priorities for patient safety research**, 2009 [página na Internet]. Disponível em: <http://www.who.int/patientsafety>. Data de acesso: 3 jun. 2019.

OMS. **Quality of care: patient safety**. Fifty-Fifth World Health Assembly Provisional agenda item 13.9, March 2002. Disponível em: http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/WHA55/ea5513.pdf. Acesso em: 12 jun. 2019.

OMS. Asamblea Mundial de la Salud, Comisión B. Assuntos técnicos y sanitários: seguridad del paciente. In: **59ª Asamblea Mundial de la Salud**: actas resumidas e informes de las comisiones; 2006 mayo 22-27; Ginebra, Suiza. Ginebra: OMS; p. 261-266, 2006.

PAIVA, M. C. M. S.; PAIVA, S. A. R.; BERTI, H. W. Eventos adversos: análise de um instrumento de notificação utilizado no gerenciamento de enfermagem. **Rev Esc Enferm USP**. V. 44, n. 2, p. 287-94, 2010.

PEDREIRA, M. L. G. Práticas de enfermagem baseadas em evidências para promover a segurança do paciente. **Acta Paul Enferm**. V. 22 (esp 70 anos), p. 880-1. 2009.

PORTO, S.; MARTINS, M.; MENDES, W.; *et al.* A magnitude financeira dos eventos adversos em hospitais no Brasil. **Rev Port Saúde Pública**. V. temat 10, p. 3-10, 2010.

PROADESS. Programa de Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde. Disponível em: <https://www.proadess.icict.fiocruz.br/>. Acesso em: 15 jan. 2019.

REASON J. Beyond the organizational accident: the need for “error wisdom” on the frontline. **Qual Safety Heal**. V. 13, Supl.2:ii, p.28-33, 2004.

REIS, C. T.; MARTINS, M.; LAGUARDIA, J. A segurança do paciente como dimensão da qualidade do cuidado de saúde – um olhar sobre a literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**. V. 18, n. 7, p. 2029-36, 2013.

SILVA, A. E. B. C.; REIS, A. M. M.; MIASSO, A. I.; SANTOS, J. O.; CASSIANI, H. B. Eventos adversos a medicamentos de um hospital sentinela do Estado de Goiás, Brazil. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, mar/abr.; v. 19, n. 2, p. 9, 2011.

SILVA, L. D. da. Segurança do paciente no context hospitalar. **Rev. enferm. UERJ**. Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 291-2, jul/set 2012.

TASE, T. H.; LOURENÇÃO, D. C. A.; BIANCHINI, S. M. *et al* Identificação do paciente nas organizações de saúde: uma reflexão emergente. **Rev Gaúcha Enferm**. vol. 34, n.2, p. 196-200, 2013.

VICTORA, C. G.; BARRETO, M. L.; LEAL, M. C.; *et al.* Condições de saúde e inovações nas políticas de saúde no Brasil: o caminho a percorrer. **Lancet**. p. 90-102, 2011.

YOSHIKAWA, J. M.; SOUSA, B. E. C.; PETERLINI, M. A. S. *et al.* Compreensão de alunos de cursos de graduação em enfermagem e medicina sobre segurança do paciente. **Acta Paul Enferm**. V. 26, n. 1, p. 21-9, 2013.

CAPÍTULO 5

INDICADORES DE SAÚDE COMO FERRAMENTAS PARA OTIMIZAÇÃO DA PRÁTICA DE GESTÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

*Cristiano Aguiar Farias Lages
Maria Salete Bessa Jorge*

INTRODUÇÃO

Os indicadores são parâmetros que apresentam informações importantes sobre determinados atributos e dimensões, e como medida pode avaliar o desempenho das ações de saúde e seus resultados devem refletir a situação sanitária de uma população. A construção de um indicador apresenta diferentes níveis de complexidade, desde os mais simples, como a contagem direta de casos de uma doença, até os mais complexos que envolvem razões, taxas e proporções (REDE INTERGERENCIAL DE INFORMAÇÕES PARA A SAÚDE, 2019).

As intensas mobilizações políticas e sociais, desde a Declaração de Alma-Ata que tinha como proposta a “Saúde para todos no ano 2000”, tem favorecido a promoção de iniciativas que contribuem para as profundas mudanças nos modelos de atenção à saúde (MENDES,

2004). Essas mudanças práticas e conceituais em saúde ocorreram em um contexto de desigualdades, onde a equidade, como princípio doutrinário do Sistema Único de Saúde (SUS), deveria ter vez para influenciar as mudanças necessárias nos determinantes sociais de saúde do Brasil.

A partir dos anos 90, iniciativas como a implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), em 1991, e o Programa Saúde da Família (PSF), em 1994, foram as principais estratégias para reorientação da atenção básica no país. Visando fortalecer a Atenção Básica (AB), o Ministério da Saúde (MS) instituiu o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), por meio da Portaria GM/MS nº 1.654, de 2011, atualizada em 2015 pela Portaria nº 1.645, do GM/MS com o objetivo de melhorar a qualidade da AB, através da ampliação do acesso, estabelecimento de boas práticas em saúde, organização das Unidades Básicas de Saúde (UBS), inovação na gestão por meio da melhoria dos sistemas de informação e instituição da cultura de avaliação pelas equipes, a partir dos indicadores de saúde (BRASIL, 2017).

Os indicadores de saúde estabelecidos pelo PMAQ consideram os princípios definidos na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), apresentando em sua essência aspectos relacionados à melhoria das ações, ampliação do acesso e gestão da qualidade dos serviços de saúde ofertados. Os compromissos pactuados são assumidos no momento da adesão ao programa, tanto pelas equipes de AB, quanto pela gestão municipal (BRASIL,

2017). Esses indicadores são fundamentais para realizar o acompanhamento daquilo que é produzido pelas equipes e como essas se planejam em seu processo de trabalho (GONDIM; GRABOIS; MENDES, 2011).

Desde a implantação do PMAQ em 2011, os municípios brasileiros fazem jus a incentivos financeiros que servem para custear ações de melhorias nas UBS e como incentivo financeiro aos profissionais com o objetivo de estimular o planejamento para alcance de metas e, assim, assegurar aquilo que foi pactuado com o MS. O valor do incentivo financeiro para cada equipe da Estratégia Saúde da Família (ESF) que aderiu ao PMAQ está condicionado à quantidade de indicadores de saúde atingidos. A Portaria nº 874 de 10 de maio de 2019 disponibilizou as notas de todas as equipes de Saúde da Família (SF), Saúde Bucal (SB) e Núcleo Ampliado à Saúde da Família (NASF) que participaram do 3º Ciclo do PMAQ.

Segundo dados do CONASEMS (2019), o incremento financeiro foi de R\$10.911.746,14, por mês, às equipes; o total, R\$170.736.050,67 serão voltados para as equipes certificadas durante o 3º Ciclo do PMAQ-AB, em 5.324 municípios brasileiros. Foram certificadas 42.975 equipes, sendo 15.177 de AB, 23.688 de AB composta por equipe de SB e 4.110 equipes do NASF (CONASEMS, 2019).

A relevância para a construção deste estudo incide de forma direta na otimização do trabalho do pesquisador, como enfermeiro da Atenção Primária à Saúde (APS), ademais busca-se sanar lacunas do conhecimen-

to. Faz-se necessário a avaliação sistemática do processo de trabalho da ESF, por meio dos indicadores de saúde, visando a reorganização das ações, através de um plano de manejo de utilização dos dados produzidos (MARTINS; SILVA; MARQUES, 2016).

O estudo se justifica em consequência da escassez de pesquisas que tenham como objeto modelos de gestão experimentados por indicadores de desempenho, principalmente para o contexto da APS, notoriamente observou-se, através de uma revisão da literatura, que a maioria das publicações tem como cenário os hospitais, e nenhum deles com avaliação de desempenho em APS medida por indicadores nas capitais brasileiras (RAMOS; SETA, 2019).

Nesse sentido, realizou-se este estudo com o objetivo de analisar o processo de gestão em saúde na atenção primária, tendo os indicadores de saúde como instrumentos de ação para as práticas de planejamento em saúde.

METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão integrativa (RI), relacionada aos indicadores de saúde como ferramentas para otimização da prática de gestão na atenção primária. A Prática Baseada em Evidência (PBE) é uma abordagem que apresenta como pilar o conhecimento científico para a solução de problemas e a tomada de decisão, sempre baseada nas melhores e mais recentes evidên-

cias, favorecendo a ampliação do conhecimento e competência profissional, garantindo a promoção de uma assistência de qualidade e a menores custos (GALVÃO; SAWADA; MENDES, 2003).

Conduziu-se, então, a pesquisa seguindo-se as etapas da RI proposta por Mendes, Silveira e Galvão (2008) na qual:

1º Passo – Definição da pergunta da revisão.

Esta etapa foi fundamentada na estratégia PICO, temos: P (População) – Atenção Primária à Saúde; I (Intervenção) – Analisar a prática de gestão em saúde; C (Comparação) - não se aplica e O (*outcomes*/desfecho) – melhoria dos indicadores de saúde. Emergiu a seguinte questão norteadora: como os indicadores de saúde corroboram para a prática de gestão na Atenção Primária à Saúde?

2º Passo – Busca e seleção dos estudos primários. Realizou-se uma busca na literatura científica, utilizando-se dos seguintes critérios de inclusão: artigos disponíveis na íntegra; artigos que respondam à temática de interesse; artigos escritos em português, inglês e espanhol e artigos publicados a partir de 2015. Adotou-se este período temporal, pois evidenciou-se que, mesmo com os vários descritores utilizados, não foram encontrados artigos que respondessem ao objeto deste estudo, antes de 2015. Para responder às lacunas do conhecimento propostas por esta revisão, foi considerada a participação de um manual disponível no *site* do Departamento de Atenção Básica (DAB) do Ministério da Saúde.

As bases nacionais e internacionais selecionadas foram a Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS); a biblioteca eletrônica Scientific Electronic Library Online (SciELO) e o Banco de Dados em Enfermagem (BDENF). Teses, dissertações, monografias, anais, jornais, artigos duplicados e/ou estudos que não atendiam ao objetivo da pesquisa, foram excluídos. Indicadores de saúde, gestão, atenção primária, enfermeiro(a), foram os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) utilizados para selecionar 69 artigos.

3º Passo – Extração de dados dos estudos primários. Os artigos selecionados foram distribuídos, em uma planilha confeccionada no Microsoft Word e organizados na seguinte estrutura: base de dados, artigos, tipo de estudo, revista, ano de publicação e local.

4º Passo – Avaliação crítica dos estudos. Após a segregação, através dos critérios de inclusão e exclusão, restaram 09 pesquisas. Partiu-se para análise crítica de conteúdo que definiu a participação de 04 artigos que responderam ao interesse da RI. Devido à escassez de material temático, admitiu-se a participação de manuais e artigos que tratavam, em algum momento, de questões relacionadas à gestão de indicadores de saúde, sendo incrementado à pesquisa 06 estudos, reunindo ao fim 10 trabalhos.

5º passo – Síntese dos resultados da revisão. A partir da análise de conteúdo, verificou-se que a maioria dos artigos tratavam de experiências exitosas no processo de reorganização das condutas na atenção primária a partir dos indicadores de saúde propostos pelo

PMAQ e questionamentos referentes à aplicabilidade do incentivo financeiro concedido aos municípios e equipes que participam do programa. Com isso, aflorou o interesse para a exploração dessas evidências, a partir das categorias propostas a seguir: indicadores de saúde como ferramentas de gestão e *pay-for-performance* (pagamento por performance/desempenho).

6º Passo – Apresentação da revisão. Esta revisão dispensa a submissão ao Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos, conforme resolução 196/96, por tratar-se de um exame teórico da literatura.

RESULTADO E DISCUSSÃO

Caracterização dos estudos

Dos 10 materiais incluídos nesta revisão 09 são artigos científicos, sendo 02 da BDEF, 01 LILACS, 06 SCIELO e um manual do Ministério da Saúde intitulado Manual instrutivo para as equipes de Atenção Básica e NASF. Quanto aos autores, a maioria é do sexo feminino. Destaque para enfermeiras assumindo o papel de gestoras da AB. Lopes e Leal (2017) reconhecem a feminização na saúde, principalmente enfermeiras.

A maioria dos estudos foram publicados em 2018 (3), nos anos de 2015 a 2017 foram disponibilizados 02 estudos por ano e em 2019, apenas 01 trabalho publicado. A revista *Saúde em Debate* foi a que mais publicou artigos neste segmento (3); *Ciência e Saúde Coletiva* (1), *Revista REME* (1), *Revista de Enfermagem* da UFPE (1), *Re-*

vista Brasileira de Ciências da Saúde (1), Caderno de Saúde Pública (1), Revista Pan-americana de Saúde Pública (1) e Manual do DAB (1).

Indicadores de saúde como ferramentas de gestão

Os indicadores de saúde devem ser reconhecidos como ferramentas de conduta, essenciais para o processo de planejamento das ações e gestão em saúde. Por meio deles é possível mensurar a qualidade do serviço e verificar quais cenários devem ser revisados e posto em debate, entre os integrantes da equipe, para reordenamento do trabalho.

A partir da adesão ao PMAQ diversos processos de trabalho, até então negligenciados, foram retomados e valorizados, revelando assim que o programa tem contribuído para a avaliação em saúde, considerando os indicadores da AB como aspecto positivo do PMAQ (BERTUSSO; RIZZOTTO, 2018) avaliação externa e organização do processo de trabalho de 21 equipes na 10a Região de Saúde do Paraná, as quais participaram dos dois primeiros ciclos do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ. Para Santos, Gontijo e Franco (2012) os indicadores de saúde contribuem para a construção do perfil de saúde local e, conseqüentemente, para a avaliação das intervenções a serem desenvolvidas.

Os indicadores contratualizados no PMAQ representam 30% da avaliação e refere-se ao desempenho da

ESF; a autoavaliação, que deve ser realizada a cada seis meses ou, pelo menos, a cada ano, representa 10%, e a avaliação externa, realizada a cada dois anos responde por 60% da nota metodológica (BRASIL, 2015). Para o 3º Ciclo do PMAQ foram eleitos 11 indicadores de desempenho (Quadro 1), estes indicadores estão diretamente relacionados ao processo de certificação para avaliação do desempenho final das equipes de AB.

Quadro 1 - Indicadores de monitoramento para avaliação do 3º Ciclo do PMAQ

Grupo	Indicador de Desempenho
Acesso e continuidade do cuidado	1.1 Média de atendimentos de médicos e enfermeiros por habitante
	1.2 Percentual de atendimentos de consultas por demanda espontânea
	1.3 Percentual de atendimentos de consulta agendada
	1.4 Índice de atendimentos por condição de saúde avaliada
	1.5 Razão de coleta de material citopatológico do colo do útero
	1.6 Cobertura de primeira consulta odontológica programática
Coordenação do Cuidado	2.1 Média de recém-nascidos atendidos na primeira semana de vida
Resolutividade	3.1 Percentual de encaminhamentos para serviço especializado
	3.2 Razão entre tratamentos concluídos e primeiras consultas odontológicas programáticas
Abrangência da oferta de serviços	4.1 Percentual de serviços ofertados pela Equipe de Atenção Básica
	4.2 Percentual de serviços ofertados pela Equipe de Saúde Bucal
NASF	5. Índice de atendimentos realizados pelo Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF):
	5.1 Média de atendimentos individuais realizados por profissional do NASF
	5.2 Média de atendimentos domiciliares realizados por profissional do NASF
	5.3 Média de atendimentos compartilhados realizados por profissional do NASF
	5.4 Média de atendimentos em grupo realizados por profissional do NASF

Fonte: Brasil (2017).

Os dados produzidos devem estar inseridos no programa estratégia - SUS (e-SUS) até o final da competência mensal. Este processo é uma responsabilidade intrínseca a cada profissional, sendo considerado um importante critério de qualidade para a AB. A dedicação das equipes reflete a melhoria dos indicadores e garan-

te o acesso e o direito dos cidadãos ao melhor atendimento (LUBINI et al., 2018).

A avaliação deve ser encarada como oportunidade para o profissional fazer uma análise crítica de sua atuação baseada em evidências. Essas evidências estão disponíveis nos relatórios gerados pelo e-SUS, mensalmente.

Segundo Bertusso e Rizzotto (2018), o acompanhamento dos indicadores de saúde favoreceu o mapeamento da situação de saúde territorial, sendo possível, através dos relatórios, fazer uma análise sobre a produção dos profissionais, o perfil epidemiológico, as fragilidades assistenciais e traçar as prioridades para alcance das metas pactuadas. Para isso, faz-se necessário garantir a inserção idônea das informações, para que os indicadores produzidos realmente respondam à realidade.

A prática da enfermagem vem ampliando-se progressivamente ao desenvolver atividades voltadas para a assistência, gerenciamento e educação, isso fez com que a profissão ganhasse espaço e fosse respeitada, inclusive por outros profissionais da saúde e obtivesse o reconhecimento da sociedade (MARTINS; SILVA; MARQUES, 2016). Entretanto, tem-se questionado em alguns estudos a aptidão gerencial do enfermeiro (a), não quanto à competência técnica, mas quanto à insuficiência de tempo para realização das atividades assistenciais em concomitância às práticas de gerenciamento na atenção primária. Estudos demonstram que os enfermeiros são responsáveis por inúmeras obrigações, como supervisão dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS),

treinamentos para equipe, planejamento das ações, elaboração de relatórios, coordenação do serviço, provisão e previsão de materiais; outros (BRASIL, 2011).

Ao assumir tais compromissos, a gestão em saúde realizada pelo enfermeiro pode comprometer a qualidade das condutas e a certificação da equipe. Este fato pode ser comprovado a partir de uma pesquisa realizada por Martins, Silva e Marques (2016) na qual as enfermeiras foram perguntadas sobre a frequência com que utilizam as informações em saúde na sua prática, e os resultados mostraram que (1) enfermeira usa os dados diariamente, (10) semanalmente, (18) mensalmente, (1) anualmente, (1) esporadicamente e (1) nunca utilizou. Esses resultados demonstram que os gestores negligenciam a importância dos indicadores em detrimento a outras competências exigidas pela atenção primária. Nesta mesma pesquisa, os profissionais reconhecem a importância dos indicadores para o planejamento das ações, no entanto, constatou-se a subutilização das informações em saúde.

Outro autor cita que os sistemas de informação em saúde são mais utilizados como instrumento para realização de pesquisas, do que como ferramentas norteadoras de processos dentro da atenção básica (RADIGONDA; CONCHON, CARVALHO *et al.*, 2010). Se isso não bastasse, o estudo realizado por Bertusso e Rizzotto (2018) demonstrou que apenas 28,5% dos enfermeiros entrevistados tinham algum conhecimento dos indicadores contratualizados no PMAQ, no momento da adesão ao programa.

Sobre a qualidade dos dados inseridos no e-SUS questiona-se o processo de capacitação disponibilizado aos múltiplos profissionais da atenção básica, visando garantir a qualidade e a consistência das informações. Em um estudo realizado em João Pessoa na Paraíba, especificamente no Distrito Sanitário I, identificou-se que o sistema de informação encontrava-se desatualizado devido inúmeros fatores, como problemas nos equipamentos, dificuldade na logística de encaminhamento dos dados, rotatividade de digitadores, entre outros que comprometeram o processo de avaliação e validação dos indicadores (GONÇALVES; SAMPAIO, 2016).

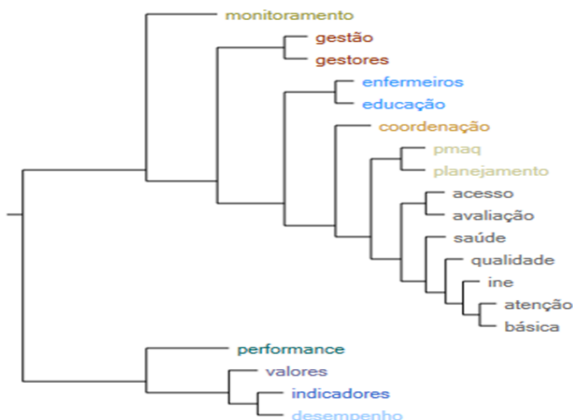
O SUS apresenta como um importante desafio garantir o processo de educação permanente aos profissionais que compõem a saúde da família. As estratégias educacionais são os dispositivos mais eficazes para minimizar os problemas atuais, haja visto que somente manuais são insuficientes para promover a integração dos profissionais com os sistemas existentes hoje (MARTINS; SILVA; MARQUES, 2016).

Para conclusão desta categoria cabe incitar a discussão referente às frequentes mudanças de gestores e técnicos municipais. Este entrave interfere nas ações que estão em andamento e pode arruinar a programação definida pelas equipes para aquele ano. Albuquerque e Martins (2017) refere que este conflito gerencial pode tornar o trabalho com os indicadores uma “atividade cartorial” que poderá afetar a adesão dos profissionais às ações pactuadas e a possibilidade de intervenção ficará comprometida, principalmente se os

gestores, recém-admitidos não tiverem conhecimento e formação em saúde pública.

A figura abaixo representa a associação existente entre os termos relacionados à gestão e aos indicadores de saúde na atenção básica.

Figura 1 - Análise de Cluster: representação dos termos associados à gestão, indicadores e atenção básica



Fonte: NVIVO11 Plus.

Pay-for-performance

O pagamento por desempenho ou *performance* já ocorriam em alguns países como forma de incentivo às equipes multiprofissionais, com o objetivo de melhorar a qualidade dos serviços ofertados aos clientes (CRAWLEY *et al.*, 2009). Nos Estados Unidos existem mais de

148 programas de pagamento por desempenho, com mais de 57 milhões de clientes beneficiados (LEAP-FROG, 2007).

Não à toa o Brasil adotou este componente estratégico de gestão, para alcançar os objetivos do setor saúde, em especial na atenção básica, porta de entrada do SUS. Soranz, Pinto e Camacho (2017) citam que os sistemas universais de saúde, como é o caso do sistema brasileiro, vem em uma crescente, adotando o *pay-for-performance* (P4P) devido à melhoria no acesso e na qualidade dos serviços de saúde prestados em outros países. A tabela 1, a seguir, apresenta a classificação das equipes e os valores repassados de acordo com o desempenho alcançado na 2ª lista de certificação do 3º Ciclo do PMAQ.

Tabela 1 - Certificação das equipes e valores repassados pelo PMAQ aos municípios

CLASSIFICAÇÃO	CRITÉRIOS PARA CLASSIFICAÇÃO	Valor por equipe (R\$)
TIPO DE CERTIFICAÇÃO – ATENÇÃO BÁSICA		
Desclassificada	Equipe se recusou a responder à avaliação externa	0,00
Ruim	Equipe não atingiu 90% dos Padrões Essenciais	878,80
Regular	Equipe atingiu nota acima de 4 e menor ou igual a 6	1.757,59
Bom	Equipe atingiu nota acima de 6 e menor ou igual a 7	4.393,98
Muito bom	Equipe atingiu nota maior que 7 e menor que 8	7.909,17
Ótimo	Equipe atingiu nota maior ou igual a 8 e percentual dos Padrões Estratégicos maior ou igual a 50%	8.787,96
TIPO DE CERTIFICAÇÃO – ATENÇÃO BÁSICA COM SAÚDE BUCAL		
Desclassificada	Equipe se recusou a responder à avaliação externa	0,00

CLASSIFICAÇÃO	CRITÉRIOS PARA CLASSIFICAÇÃO	Valor por equipe (R\$)
Ruim	Equipe não atingiu 90% dos Padrões Essenciais	1.120,76
Regular	Equipe atingiu nota acima de 4 e menor ou igual a 6	2.241,52
Bom	Equipe atingiu nota acima de 6 e menor ou igual a 7	5.603,80
Muito bom	Equipe atingiu nota maior que 7 e menor que 8	10.086,85
Ótimo	Equipe atingiu nota maior ou igual a 8 e percentual dos Padrões Estratégicos maior ou igual a 50%	11.207,61

TIPO DE CERTIFICAÇÃO – NÚCLEO AMPLIADO À SAÚDE DA FAMÍLIA 1

Desclassificada	Equipe se recusou a responder à avaliação externa	0,00
Ruim	Equipe atingiu nota menor ou igual a 4	466,27
Regular	Equipe atingiu nota acima de 4 e menor ou igual a 6	932,54
Bom	Equipe atingiu nota acima de 6 e menor ou igual a 7	2.331,35
Muito bom	Equipe atingiu nota maior que 7 e menor que 8	4.196,43
Ótimo	Equipe atingiu nota maior ou igual a 8 e percentual dos Padrões Estratégicos maior ou igual a 50%	4.662,70

TIPO DE CERTIFICAÇÃO – NÚCLEO AMPLIADO À SAÚDE DA FAMÍLIA 2

Desclassificada	Equipe se recusou a responder à avaliação externa	0,00
Ruim	Equipe realizou menos de 4 dos Padrões essenciais	313,40
Regular	Equipe atingiu nota acima de 4 e menor ou igual a 6	626,80
Bom	Equipe atingiu nota acima de 6 e menor ou igual a 7	1.566,99
Muito bom	Equipe atingiu nota maior que 7 e menor que 8	2.820,59
Ótimo	Equipe atingiu nota maior ou igual a 8 e percentual dos Padrões Estratégicos maior ou igual a 50%	3.133,98

TIPO DE CERTIFICAÇÃO – NÚCLEO AMPLIADO À SAÚDE DA FAMÍLIA 3

Desclassificada	Equipe se recusou a responder à avaliação externa	0,00
Ruim	Equipe realizou menor de 4 dos Padrões essenciais	224,27

CLASSIFICAÇÃO	CRITÉRIOS PARA CLASSIFICAÇÃO	Valor por equipe (R\$)
Regular	Equipe atingiu nota acima de 4 e menor ou igual a 6	448,54
Bom	Equipe atingiu nota acima de 6 e menor ou igual a 7	1.121,35
Muito bom	Equipe atingiu nota maior que 7 e menor que 8	2.018,43
Ótimo	Equipe atingiu nota maior ou igual a 8 e percentual dos Padrões Estratégicos maior ou igual a 50%	2.242,70

Fonte: CONASEMS, 2019.

Relatos de experiências têm sugerido melhorias nos resultados das metas pactuadas. Em Portugal, a estratégia foi adotada desde 2008 e vem apresentado resultados satisfatórios, apresentando como preocupação o fato dos vieses éticos que podem ocorrer, chamado de *gaming*, refere-se à atenção das equipes estarem voltadas ao cumprimento dos indicadores contratualizados e desprezarem os demais aspectos, para isso sugere-se mudanças dos indicadores pactuados a cada dois ou três anos.

Estudo sobre o PMAQ relata que a maioria dos gestores municipais realizaram a adesão ao programa em função dos repasses financeiros que mobilizaram a participação das equipes de saúde (BERTUSSO; RIZZOTTO, 2018) avaliação externa e organização do processo de trabalho de 21 equipes na 10ª Região de Saúde do Paraná, as quais participaram dos dois primeiros ciclos do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ. Outra pesquisa revelou que a transferência de parte dos recursos aos profissionais foi o agente motivador para a participação no PMAQ (BARRETO, 2015). Este mesmo autor narra que o pagamento por desempenho deve ser realizado mediante

lei municipal, sendo entendido como um sistema de recompensa incentivando o alcance dos objetivos em curto prazo, através de um planejamento realizado por toda a equipe.

Para Rosa (2012), as empresas desenvolvem estratégias de recompensa buscando incentivar os trabalhadores a melhorarem sua capacidade para o trabalho e em menos tempo. Nas empresas públicas isso ocorre, não para aumentar o lucro, mas para redução de custos em saúde.

O *pay-for-performance* mostrou-se uma estratégia promissora. Observou-se em âmbito local o interesse dos profissionais em realizar o monitoramento das produções, organização do trabalho pelas equipes de saúde, reestruturação dos serviços e a elaboração do planejamento semanal das ações com foco nos indicadores como ferramentas de gestão em saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados deste estudo evidenciaram que o PMAQ foi um modelo proposto que a reorganização à atenção básica, em todos os aspectos, como estrutura física das unidades de saúde, processo de trabalho, acolhimento, ampliação do acesso e melhoria na qualidade à saúde de seus pacientes.

Através dos indicadores de saúde, os profissionais se autoavaliaram para o planejamento estratégico das ações de saúde. Os indicadores permitiram às equipes

visualizarem situações os inúmeros gargalos existentes na atenção primária e a partir disso alavancar as ações de forma programada e pactuada aos membros que compõem o sistema como o NASF.

Reconhece-se o trabalho de gestão em saúde realizado pelo enfermeiro, não apenas pela equipe multiprofissional, como também pela sociedade local, no entanto para realização a contento do processo de gestão, estes profissionais necessitam de mais intervalo de tempo para planejamento do processo, haja visto que o enfermeiro é considerado um profissional “multiuso”, isso pode interferir, drasticamente na efetividade do trabalho e não alcançar os resultados esperados. Além disso, há que se questionar a sobrecarga de trabalho e como o acúmulo de funções pode interferir na sua saúde.

É importante considerar como os dados de consultas, exames, procedimentos, encaminhamentos, orientações e outros estão sendo inseridos no sistema de informação e-SUS. É imprescindível a qualidade dos dados fornecidos para mensuração da realidade local atual e, assim, traçar mecanismos de ação para alcance dos indicadores de saúde pactuados. Para isso, faz-se necessário um maior envolvimento das equipes e processos de educação permanente para capacitar os profissionais quanto ao processamento das informações.

A melhoria nos indicadores é um reflexo do empenho das equipes, mas também dos gestores e técnicos municipais. Um entrave para a continuidade da programação de saúde refere-se às frequentes mudanças nos quadros de gestores e técnicos que trabalham nas

secretarias de saúde. As mudanças no cenário político local comprometem a metodologia de trabalho daquilo que foi idealizado, prejudicando a qualidade da atenção e afetando, significativamente, os resultados.

Para o desfecho deste estudo, constatou-se o limitado número de estudos relacionados à gestão em saúde a partir dos indicadores do PMAQ na atenção primária. Os artigos encontrados, mesmo sofrendo com a finitude de informações, foram muito relevantes e contribuíram, significativamente, com esta revisão. Com isso, admite-se a temática como uma lacuna do conhecimento. O processo de gestão com foco nos indicadores deve ser adotado ao processo de trabalho daqueles que pretendem atuar como gestores de saúde.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, C.; MARTINS, M. Indicadores de desempenho no Sistema Único de Saúde: uma avaliação dos avanços e lacunas. **Saúde em Debate**, v.41, n. spe, p.118–137, 2017.

BARRETO, J.O.M. Pagamento por desempenho em sistemas e serviços de saúde: uma revisão das melhores evidências disponíveis. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v.20, n.5, p.1497-1514, Mai. 2015.

BERTUSSO, F.R.; RIZZOTTO, M.L.F. PMAQ na visão de trabalhadores que participaram do programa em Região de Saúde do Paraná. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro (RJ), v. 42, n. 117, p. 408–419, 2018.

BRASIL. **Manual instrutivo para as equipes de atenção básica e NASF**. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) – Terceiro ciclo – 2017. Disponível: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/Manual_Instrutivo_3_Ciclo_PMAQ.pdf. Acesso em: 12 jun. 2019.

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-AB):** Manual instrutivo para as equipes de atenção básica e NASF. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde (BR), Departamento de Atenção Básica. **e-SUS atenção básica** [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/esus.php>. Acesso em: 14 jun. 2019.

CONASEMS. **3º ciclo do PMAQ:** Publicada lista final de certificação. 2019. Disponível em: <https://www.conasems.org.br/3o-ciclo-do-pmaq-publicada-lista-final-de-certificacao/>. Acesso em: 12 jun. 2019.

CRAWLEY, D. *et al.* Impact of pay for performance on quality of chronic disease management by social class group in England. **J R Soc Med.**, v. 102, n. 3, p. 103-7, mar. 2009.

GALVÃO, C. M.; SAWADA, N. O.; MENDES, I. A. A busca das melhores evidências. **Rev. Esc. Enferm. USP.** v. 37, n. 4, p. 43-50, dez. 2003.

GONDIM, R.; GRABOIS, V.; MENDES, W. **Qualificação de gestores do SUS.** 2.ed. Rio de Janeiro: EAD/Ensp, 2011.

GONÇALVES, J.; SAMPAIO, J. O. **Acompanhamento de Indicadores de Saúde no Monitoramento e Avaliação da Atenção Básica:** Uma Experiência no Distrito Sanitário de João Pessoa/PB. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*, v. 19, n. 1, p. 55–60, 2016.

LEAPFROG. **Provider Pay-for-Performance Incentive Programs:** 2006-2007 National Study Results. 2007. Disponível em: http://www.healthforlifeamerica.net/healthforlife/filesfordownload/071204_H4L_HighestQualityCare.pdf. Acesso em: 10 jun. 2009.

LOPES, M. J.; LEAL, S. M. C. A feminização persistente na qualificação profissional da enfermagem brasileira. **Cad PAGU**, Campinas (SP), v.24, p.105-125, Jan-Jun. 2005. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/S0104-83332005000100006>. Acesso em: 14 jun. 2019.

LUBINI, V. T. *et al.* Impacts of Educational Action on Health Indicators: Potentiality and Fragilities. *Journal of Nursing UFPE / Revista de Enfermagem UFPE*, v. 12, n. 6, p. 1640–1647, 2018.

MARTINS, L. M. P.; SILVA, E. M.; MARQUES, D. Health Information in the Perspective of Family Health Nurses. **REME: Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte (MG), v. 20, 2016.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R.C.C.P.; GALVÃO, C.M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto contexto enferm**, Florianópolis (SC), v. 17, n. 4, p. 758-64, out-dez. 2008.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C. M. Uso de gerenciador de referências bibliográficas na seleção dos estudos primários em revisão integrativa. **Texto contexto enferm**, Florianópolis (SC), v.28, 2019. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s010407072019000100602&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 12 jun. 2019.

RADIGONDA, B.; CONCHON, M. F.; CARVALHO, W.O.; NUNES, E. F. P. A. Sistema de Informação na Atenção Básica (SIAB) e sua utilização pela equipe de Saúde da Família: uma revisão integrativa. **Rev Espaço Saúde**, v. 12, n. 1, p. 38-47, 2010. Disponível em: <http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/espacoparasaude/article/view/9236/pdf>. Acesso em: 09 jun. 2019.

RAMOS, A. L. P.; SETA, M. H. DE. Atenção primária à saúde e Organizações Sociais nas capitais da Região Sudeste do Brasil: 2009 e 2014. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 35, n. 4, p. 1-15, 2019.

REDE INTERGERENCIAL DE INFORMAÇÕES PARA A SAÚDE. **Indicadores e dados básicos para a saúde no Brasil**. 2019. Disponível em: <http://www.ripsa.org.br/vhl/indicadores-e-dados-basicos-para-a-saude-no-brasil-idb/conceitos-e-criterios/>. Acesso em: 11 jun. 2019.

ROSA AIV. **Sistemas de recompensas – estudo de um caso**. Setúbal: Instituto Politécnico de Setúbal. 2012. Disponível em: https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/4646/1/Tese_AdrianaRosa%20. Acesso em: 10 jun. 2019.

SANTOS, C.S.S.; GONTIJO, T.L.; FRANCO, E.C.D. *et al.* Registro de atividades no sistema de informação da atenção básica. **Rev Cogitare Enferm**, Curitiba (PR), v.14, n.2, p.331-335, 2012. Disponível em: <http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/23098/18547>. Acesso em: 13 jun. 2019.

SORANZ, D.; PINTO, L. F.; CAMACHO, L. A. B. Análise dos atributos dos cuidados primários em saúde utilizando os prontuários eletrônicos na cidade do Rio de Janeiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 3, p. 819–830, 2017.

CAPÍTULO 6

IMPLICAÇÕES DO PROCESSO DE SEGURANÇA DO PACIENTE PARA HOSPITAIS PÚBLICOS À LUZ DA PORTARIA Nº 529/13

*Francisca Syonara Moraes Rodrigues
Cora Franklina do Carmo Furtado*

INTRODUÇÃO

Ao longo dos anos têm se desenvolvido estratégias e instrumentos para a garantia da gestão da qualidade em saúde e segurança do paciente. As benesses do processo de segurança do paciente envolvem a promoção de integração, comprometimento, melhoria de processos, diminuição de desperdícios e outras. Um marco importante de percurso foi a publicação da Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013, que institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PRESTES *et al.*, 2019).

Percebe-se que as iniciativas de garantia do processo de segurança de paciente têm a cada dia envolvido várias habilidades, conhecimentos e atitudes para que a gestão das instituições possa ser considerada de excelência.

Em seu art. 2º traz que “o objetivo geral é contribuir para a qualificação do cuidado em saúde em todos os estabelecimentos do território nacional”. Ao tempo no qual em seu art. 4º, conceitua a segurança do paciente como “redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde” (BRASIL, 2013).

A referida Portaria traz consigo determinações no que tange a conceitos e estratégias para a garantia de execução das ações de segurança do paciente nas instituições brasileiras de saúde, fortalecendo as normativas anteriores sobre o processo de segurança do paciente e, por consequência, o aumento da qualidade da prestação de serviços no segmento da saúde.

METODOLOGIA

Trata-se de um ensaio teórico-reflexivo que buscou conhecer o que há de disponível sobre segurança do paciente a partir do ano de publicação da Portaria MS nº 529 de 01/04/2013, que instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente. Foram consultados artigos nacionais disponíveis, documentos oficiais e livros do período de 2013 a 2019. A busca foi realizada através da Biblioteca Virtual de Saúde - BVS e Portal Periódicos, onde emergiram estudos de bases como: Lilacs, BDNF, MEDLINE e SciELO através das seguintes palavras-chave: segurança do paciente, hospital público e qualidade.

Para Meneghetti (2011), o ensaio é um meio de análise e reflexões sobre um determinado objeto seja ele de qualquer natureza ou característica. A resenha ensaística possibilita a discussão de conhecimentos científicos de forma a apreender uma realidade para a disseminação de informações relevantes sobre a prática destes objetos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013, define as estratégias de implementação do Programa Nacional de Segurança do Paciente como: adoção de protocolos, guias e normas para os serviços de saúde, capacitação de gerentes e professores sobre o tema, prática de contratualizações e padronização, comunicação social sobre o tema com a sociedade como um todo, incentivo à vigilância, promoção de cultura de segurança e articulação com poderes governamentais para inserção do tema nos currículos acadêmicos de saúde (BRASIL, 2013).

A garantia do cuidado em segurança do paciente vem da responsabilidade de garantir um cuidado seguro com o envolvimento de todos os profissionais de saúde para gerenciar incidentes, sejam de origem clínica, técnica ou estrutural e o seguimento dos protocolos institucionais (SILVA, 2017).

Aponta-se que a operacionalização de um instrumento normativo como a Portaria nº 529/13 é cercada de fatores intraorganizacionais e de grande abrangên-

cia. Não somente a motivação para cuidar seguramente dos pacientes mas, também, todo o contexto estrutural de gestão na saúde.

A segurança do processo de medicação, por exemplo, é entendida como algo que pode comprometer a qualidade do cuidado aos pacientes devido às lacunas de informações ainda existentes, preparo sem padronização, falta de registro de administração de medicamento; dificuldades que culminam em erros de medicação, que apesar do progresso em prol da segurança do paciente, ainda somam como danos sofridos por pacientes durante a assistência (PASIN, 2018).

No que tange à determinação de padrões da Portaria nº 529/13, percebe-se conforme o acima exposto que a adoção de técnicas e contratualizações bem avançadas pode fortalecer o processo de segurança do paciente, melhorando a comunicação interna e a clareza nas ações e nas práticas pelos profissionais da saúde.

A existência de profissionais competentes e cientes de suas responsabilidades diante da segurança do paciente mesclados, em alguns casos, a cenários de indisponibilidade de materiais e dimensionamento de profissionais de forma inadequada (OLIVEIRA, 2014).

O Programa de Segurança do Paciente coloca o paciente em posição central no cuidado, mas, ainda assim, que são necessários de mais esforços como métodos de segurança do paciente, apoio dos relatórios de intensificação de risco, melhor compartilhamento de informações, especialmente sobre como aprender com erros (JORGE, 2016).

O disposto na Portaria nº 529/13 sobre a adoção de comunicação social sobre a segurança do paciente é fortalecido por meio da melhor gestão destas informações e podem corroborar com a necessidade iminente de melhoria nos processos de trabalho em saúde.

Ainda sobre esta intensificação, apoiar os profissionais de superação de práticas tradicionais presente em hospitais brasileiros, pode ser uma forma de contribuir com qualidade do cuidado, onde podem fazer parte a promoção das relações interpessoais, a motivação e a satisfação dos trabalhadores em saúde (BARSAM *et al.*, 2019)

Por outro lado, há que se atentar às deficiências de gestão no que diz respeito a demandas que necessitam de grandes investimentos e proporcionar recursos de forma otimizada aos profissionais de saúde, além das condições de tempo, organização e estresse do trabalho enfrentados por eles, habitualmente, para favorecer a equipe e a promoção de ações voltadas à segurança do paciente (DORA, 2014).

Ressalta-se que a estratégia de promoção de cultura de segurança do paciente, determinada pela Portaria nº 529/13, ainda encontra entraves na ausência de estruturas básicas necessárias para a garantia da segurança do paciente, ponto de recomendável atenção e discussão pelos gestores em saúde.

Na mesma linha, identificar quedas nas taxas relacionadas ao cumprimento de rotinas estabelecidas de forma educativa, incentivando a incorporação da cultura de qualidade da assistência associada à segurança do

paciente, pode favorecer a adesão à prática do trabalho com foco no cuidado com excelência (BORSATO, 2016).

Reitera-se, a partir disto, as ações de vigilância determinadas pela Portaria nº 529/13 através da análise contínua de indicadores nos serviços de saúde com o intuito de melhorar as práticas assistenciais, por consequência, de gestão.

Junto ao exposto percebem-se, nos últimos anos, discussões sobre como melhorar a segurança do paciente de modo a fortalecer a segurança do paciente através da redução de danos desnecessários, uma delas é a instituição do Plano de Segurança do Paciente para as unidades hospitalares que visa o estímulo à prática assistencial segura e, inclusive, o envolvimento do cidadão, caminho também seguido pelo ensino e incremento à pesquisa sobre o tema (NETTO E SEVERINO, 2016).

A adoção de ferramentas da gestão da qualidade vem auxiliando a operacionalizar a garantia da qualidade e segurança do paciente. A implantação da ferramenta *checklist*, por exemplo, para o processo de cirurgia segura em hospitais tem sido um processo contínuo, que apesar de ainda apresentar preocupações referente à adesão pelos profissionais de saúde mostram cunho educativo e de sensibilização contínua para a segurança do paciente no que se refere às cirurgias (RIBEIRO, 2017).

A Portaria nº 529/13 mostra-se relevante em órgãos públicos e para profissionais no Brasil, como instrumento que fornece protocolos, normas e diretrizes para que os hospitais garantam a segurança do paciente, a partir do fato de muitos deles a utilizarem, por exemplo,

a ferramenta da gestão da qualidade *checklist* em suas práticas de trabalho (GIANNATTASIO, 2016).

A importância da instituição dos Núcleos de Segurança do Paciente nas instituições, em seu papel disseminador e envolvido das precauções de qualidade necessárias para a segurança do paciente. Não obstante, importante citar o papel do apoio e da colaboração das Diretorias e a participação dos colaboradores nas discussões de como conceber e utilizar essas ferramentas da qualidade. (PRAXEDES, 2017).

Tais considerações reforçam o disposto na Portaria nº 529/13 sobre a necessidade de gestores e profissionais de saúde conscientes de seu papel para que seja possível o trabalho de forma integrada. Profissionais e gestores munidos das ferramentas adequadas podem contribuir de maneira efetiva para o processo de segurança do paciente.

Todavia, ainda destaca-se as necessárias medidas de fortalecimento da cultura de segurança e da qualidade, gerando satisfação aos profissionais e pacientes, onde danos possam ser sanados através de rotinas como registros de eventos adversos, promoção de reflexões e mudanças comportamentais, mudanças estruturais no serviço, novas políticas voltadas para a segurança do paciente e a operacionalização das estratégias presentes na Portaria nº 529/13 de forma a serem mais eficientes e reais (LEITÃO, 2013).

Salienta-se, então, o espaço para a estratégia da Portaria nº 529/13 de articular com os poderes governamentais sobre a inclusão da temática em ambientes

de ensino e nos currículos dos cursos de saúde para a promoção de melhores discussões sobre o tema.

Diante deste novo cenário, discute-se como o processo de segurança do paciente pode apresentar resultados efetivos e que garantam serviços de saúde de qualidade. Que outras práticas, ferramentas ou profissionais podem se alinhar aos profissionais de assistência à saúde para que este processo possa ter maior eficácia?

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Verificou-se, de acordo com o disposto nos estudos selecionados, que muitas são as implicações da instituição da Portaria nº 529/13 para os serviços de saúde. Essas estão estabelecendo novas rotinas, necessidades e perspectivas ao processo assistencial e por consequência a todos os trabalhadores da saúde.

Suas estratégias de implementação ainda contam com muitas barreiras e desafios a ultrapassar, mas têm motivado ações de assistência ao paciente de forma inovadora ao estabelecer novos processos e ferramentas ao segmento da saúde. Não obstante, reflete-se sobre o papel dos gestores em saúde e a gama de conhecimentos necessárias para otimizar os recursos na saúde.

Destaca-se que as ações e atividades relacionadas às estratégias de implantação da referida Portaria têm contado com o conhecimento advindo dos diversos ramos da ciência na busca da garantia da qualidade e segurança do paciente, podendo sinalizar uma possível

necessidade de cada vez mais contar com a transdisciplinaridade para melhorar as condições de assistências aos usuários dos serviços de saúde.

Logo, acredita-se que a operacionalização efetiva da normativa ainda é um processo de construção entre os diversos atores que norteiam as políticas de saúde, sendo necessária uma reflexão sobre manter o foco da oferta dos serviços de saúde em seus clientes.

REFERÊNCIAS

BARSAM, F.J.B.G. *et al.* Gerenciamento de mudanças para controle do ruído na terapia intensiva neonatal: relato de experiência. **REME-Rev Min Enferm.** Uberaba, p. 1-6, 2019.

BORSATO, F.G.; TEREZINHA, M.; VANNUCHI, D.O. Qualidade da assistência de enfermagem: ambiente do paciente em hospital público de média complexidade. **Rev enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p. 1-5, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013** – Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente.

DORA, Y. *et al.* Percepção de enfermeiros sobre o uso do computador no trabalho. **Rev Bras Enferm [online]**. Brasília, v. 67, n. 6, p. 949–956, 2014.

GIANNATTASIO, M.B.; TANIGUCHI F. P. Evaluation of patient safety during. **Rev. esc. enferm. USP**. São Paulo, v. 21, n. May, p. 125-131, 2016.

JORGE, D. *et al.* Construction of a patient safety programa t a public teaching hospital: documentary reasearch. **Cogitare Enferm.** Curitiba, v. 21, n. 4, p. 1-7, 2016.

LEITÃO, T.D.A. *et al.* Análise da comunicação de eventos adversos na perspectiva de enfermeiros assistenciais. **Rev. Rene**. V. 14, n. 6, p. 1073-1083, Ceará, 2013.

PRESTES, A. *et al.* (Orgs.). **Manual do Gestor Hospitalar**. São Paulo: FBH, 2019, p. 107.

OLIVEIRA, R.M. *et al.* Estratégias para promover segurança do paciente: da identificação dos riscos às práticas baseadas em evidências. **Esc. Anna Nery**. V.18, n.1, p. 122-129, Rio de Janeiro, 2014.

NETTO, F.C.B., SEVERINO, F.G.A. Segurança em um hospital público de ensino. **Rev.Bras.Prom. da Saúde**. V. 29, n. 3, p. 334-341, 2016.

SILVA, R. *et al.* Visibilidade do transporte intra-hospitalar em unidade de terapia intensiva: estudo descritivo. **Rev. Gaúcha Enferm. [online]**. Santa Catarina, v. 38, n. 3, 2017.

PASIN, S.S. *et al.* Análise do preparo e administração de medicamentos no contexto hospitalar com base no pensamento. **Esc. Anna Nery**. V. 22, n. 4, p. 1-9, 2018.

PRAXEDES, A.D.O.; ARRAIS, L.; FREITAS, M.R. de. Avaliação da adesão à Lista de Verificação de Segurança no Parto em uma maternidade pública no Nordeste do Brasil. **Cad. Saúde Pública [online]**. Rio de Janeiro, v. 33, n. 10, p. 1-14, 2017.

RIBEIRO, H. *et al.* Adesão ao preenchimento do checklist de segurança cirúrgica. **Cad. Saúde Pública [online]**. Rio de Janeiro, v. 33, n. 10, 2017.

CAPÍTULO 7

SISTEMATIZAÇÃO DE PROTOCOLOS EM PSICO- ONCOLOGIA HOSPITALAR: FACILIDADES E DIFICULDADES

*Isabel Regiane Cardoso do Nascimento
Ilse Maria Tigre de Arruda Leitão
Maria Salete Bessa Jorge*

INTRODUÇÃO

A implantação de protocolos de avaliação psicológica e de indicadores de atendimento no processo de trabalho dos psicólogos de um hospital oncológico localizado em Fortaleza-CE acarretou algumas mudanças na rotina assistencial do serviço de psicologia.

O referido hospital faz uso do *software* de gestão em saúde “Sistema Tasy®” para auxiliar na sistematização e gestão das atividades assistenciais, é um sistema de informação clínico hospitalar, projetado e desenvolvido pela empresa Wheb Sistemas em Blumenau-SC, sob o controle da Phillips do Brasil, implantado em hospitais de renome nacional como: Hospital Samaritano, Hospital das Clínicas de São Paulo, Hospital Albert Einstein, Rede Sara Kubitscheck, dentre outros (FLORIANI, 2012).

O “Sistema Tasy®” permite que as instituições de saúde, inclusive os hospitais, informatizem todos os documentos administrativos em um banco de dados. Assim, torna-se mais viável ter o acesso às informações, conseguindo melhorar os processos sem gastar tempo analisando e registrando, manualmente, os dados coletados.

É um *software* eficiente na busca de informações, permite que os gestores tenham uma visão extensa e unificada de todo o funcionamento da instituição, proporcionando maior rapidez nos processos administrativos e operacionais. Os protocolos do serviço de psicologia foram desenvolvidos junto ao Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP) no “Sistema Tasy®” em 2016 pela equipe de psicologia e o escritório de gestão da qualidade do hospital.

O protocolo de avaliação psicológica é preenchido a partir da entrevista com os pacientes para identificação de transtornos psíquicos e mentais, eventuais desajustes de comportamento e sofrimento psíquico reativo ao adoecimento/hospitalização, entre outros aspectos. Avaliam-se, mais pormenorizadamente, o estado geral, os aspectos cognitivos, o estado emocional, o histórico psiquiátrico dos pacientes, como também sua atitude frente à vivência de adoecimento, hospitalização e tratamento. Os itens avaliados são registrados no PEP do *software* “Sistema Tasy®”.

No protocolo “indicadores de atendimento da psicologia” é realizado o registro junto ao PEP dos dados quantitativos e dos aspectos logísticos levantados em

torno do atendimento aos pacientes, familiares e acompanhantes. São registrados os itens: 1) pessoa atendida, 2) tipo de atendimento, 3) justificativa do atendimento, 4) clínica de origem, 5) local do atendimento, 6) encaminhamentos realizados.

Dentre as principais mudanças na rotina do serviço, pode-se destacar o abandono definitivo de livros de registros manuais anteriormente utilizados pelo serviço de psicologia para a contagem de atendimentos, como também a adesão/uso do Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP), executando o preenchimento sistemático dos protocolos junto ao *software* de gestão em saúde "Sistema Tasy®".

Entretanto, após dois anos de implantação e uso dos protocolos na rotina assistencial do serviço de psicologia, faz-se pertinente questionar quais facilidades e dificuldades os protocolos de "avaliação psicológica" e "indicadores de atendimentos da psicologia" trouxeram para as práticas dos psicólogos no hospital oncológico?

Gorayeb e Guerrelhas (2003) recomendam a sistematização do trabalho do psicólogo hospitalar através de análises constantes dos procedimentos utilizados, registros e efeitos das intervenções, ressaltando que essa postura potencializa o trabalho interdisciplinar, favorece a interação com a equipe, traz melhores benefícios aos pacientes e gera conhecimentos que somam a produção científica na área de psicologia hospitalar.

O presente estudo tem o objetivo de identificar quais as facilidades e dificuldades proporcionadas pela implantação dos protocolos "avaliação psicológica" e

“indicadores de atendimentos da psicologia” na sistematização da assistência em psico-oncologia no âmbito hospitalar.

A exposição dessa temática do uso de protocolos e obtenção de parâmetros e indicadores de gestão no cotidiano do psicólogo hospitalar traz a necessidade de expandir as possibilidades de investigação desse cenário, evidenciando, assim, sua relevância social.

PERCURSO METODOLÓGICO

Tendo em vista o objetivo do estudo, optou-se pela realização de uma pesquisa de abordagem qualitativa. Minayo (2010) refere que a pesquisa qualitativa além de permitir desvelar processos sociais ainda pouco conhecidos referentes a grupos particulares, propicia a criação de novas abordagens, revisão e criação de novos conceitos e categorias durante a investigação. Proporciona um modelo de entendimento profundo de ligações entre elementos, direcionado à compreensão da manifestação do objeto de estudo.

O estudo foi desenvolvido no período de julho a agosto de 2018 no hospital oncológico de referência no Norte e Nordeste do país. Trata-se de uma instituição inserida no nível de alta complexidade do sistema de saúde, um hospital privado de caráter filantrópico, beneficente, social e sem fins lucrativos, considerado centro de prevenção, diagnóstico e tratamento do câncer.

Os dados foram coletados a partir da realização

de entrevistas em profundidade com 04 profissionais psicólogos que passaram pelo processo de inserção dos protocolos no serviço de psico-oncologia do hospital.

A entrevista em profundidade é uma técnica que se constitui num “espaço relacional privilegiado”, onde o pesquisador busca o protagonismo do participante (MOREÉ, 2015). Foi nesse espaço, criado e proposto pela pesquisa, que os psicólogos participantes expressaram livremente suas opiniões, vivências e emoções que constituíram suas experiências.

O diálogo proposto teve a finalidade de analisar a percepção sobre as contribuições positivas e negativas da inserção dos protocolos no serviço de psicologia, compreendendo como os indicadores elencados através dos protocolos influenciaram nas práticas assistenciais e de gestão do serviço de psicologia. Dessa forma, foi utilizada a seguinte questão norteadora: como os protocolos e os indicadores produzidos por eles dificultam e/ou facilitam suas atividades assistenciais e de gestão?

A participação dos profissionais na pesquisa iniciou após submissão e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto do Câncer do Ceará (CAAE Nº 86642318.7.3002.5528), mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), elaborado e assinado em duas vias pelos profissionais que participaram da pesquisa e pelo pesquisador, sendo entregue uma via para ambos.

Após a coleta dos dados foi realizada a análise de conteúdo categorial temática das falas estruturadas

através do Nvivo Plus, *software* que suporta métodos qualitativos, organizando e encontrando informações em dados e que trabalha com o conceito de projeto. As fontes de informação do projeto, assim como os dados gerados durante o processo de análise e as categorias de informações, são armazenadas em um banco de dados (BRINGER; JOHNSTON; BRACKNRIDGE, 2006).

O processamento dos dados no Nvivo Plus envolveu as seguintes etapas: 1) Estruturação do projeto no ambiente do Nvivo Plus: tratou-se do cadastramento do projeto no *software* e inserção das transcrições das entrevistas em profundidade, constituindo assim o *corpus* da pesquisa. 2) Codificação e análise dos dados: constituiu-se da leitura exaustiva das entrevistas seguida do processo de fragmentação dos conteúdos orientado pelas expressões com sentidos correspondentes, posteriormente fez-se a codificação em unidades de registro, as árvores de “nós”, agrupando as subcategorias encontradas.

A ilustração das análises foi contemplada com as figuras denominadas “nuvens de palavras” e estas refletiram os resultados da pesquisa. Foi construída uma temática principal denominada SISTEMATIZAÇÃO DO SERVIÇO DE PSICO-ONCOLOGIA HOSPITALAR e suas categorias (**Categoria 01** - Funcionamento do serviço antes da implantação dos protocolos; **Categoria 02** - Facilidades e dificuldades da aplicação dos protocolos no serviço de psico-oncologia hospitalar; **Categoria 03** - Contribuições dos protocolos para a educação permanente e Gestão do serviço de psico-oncologia hospitalar. A fim

de assegurar o sigilo e a confidencialidade da pesquisa, na apresentação das falas dos participantes foi identificada a palavra Entrevistado (E), seguida dos números em ordem crescente, de acordo com a realização das entrevistas, por exemplo, para a primeira entrevista foi designado o código E1. Os resultados foram discutidos à luz da literatura pertinente e das *nuances* das entrevistas.

SISTEMATIZAÇÃO DO SERVIÇO DE PSICO-ONCOLOGIA HOSPITALAR

1) Funcionamento do Serviço antes da Implantação dos Protocolos

Conforme constatado na análise das falas dos profissionais psicólogos, havia no serviço de psicologia a rotina de registrar manualmente em um caderno (livro ata) as informações gerais sobre o atendimento psicológico realizado ao paciente, além do registro da evolução psicológica do paciente e algumas anotações em agendas pessoais dos profissionais. A seguir são transcritas algumas dessas falas, que apontam o cenário:

Era arcaico, né? literalmente era na mão, infelizmente antes era um caderno, né, que a gente colocava, se eu não me engano, era o número do prontuário, o nome de quem atendeu, e a forma que tinha sido por “busca ativa, seguimento, demanda espontânea”, era alguma coisa assim (E2).

A conjuntura em questão dificultava pesquisas e inviabilizava o planejamento assertivo das demandas gerenciais do serviço, como por exemplo, realizar o dimensionamento assertivo de pessoal e construir indicadores, pois os dados registrados nos cadernos eram suscetíveis a extravaiamentos, como percebido na seguinte fala:

[...] E a gente tinha que contar quantos atendimentos eram feitos em cada setor, e várias vezes o caderno sumiu, inclusive vários cadernos sumiram e a gente não sabe aonde é que tá até hoje, né... e acaba que, não se fazendo, perdeu todo o trabalho (E1).

Os profissionais percebem que um sistema informatizado permite maior possibilidade de criar um banco de dados fidedigno. Compreendem que ter um protocolo de avaliação psicológica pode nortear as práticas da equipe de psicologia e auxiliar na sistematização da assistência ao paciente. Anteriormente, a equipe da psicologia do hospital buscava essa instrumentalização a partir de um questionário padronizado que era aplicado nas entrevistas com os pacientes, entretanto, não havia análise dos dados e não havia arquivamento do instrumento impresso no prontuário do paciente.

[...] antes a gente não tinha um instrumento onde a gente tivesse essas informações registradas, né, e tabuladas, então antes a gente fazia uma entrevista com aquele instrumento de entrevista anterior, era todo dissertativo e aí a gente seguia, mas não tabulava, era um instrumento só escrito e não arquivava (E4).

Percebe-se que os profissionais consideravam desafiante a construção de protocolos padronizados, como evidenciado na seguinte afirmativa

[...] tinha que ter uma coisa validada pela equipe de prontuário e aí a gente não queria fazer isso porque tinham muitas informações, era escrito, e aí a gente também não colocava no prontuário [...] (E1).

Entretanto, reconhecem a importância da sua implantação junto ao prontuário eletrônico do paciente:

Então... ia acontecer e eu acho que já estava em tempo, pelo tempo que o serviço existe aqui, ser psicologia em hospital e tal, e agora é ir pra frente, não tem como [trabalhar] sem eles mais, só aprimorar os residentes e a gente (E4).

Para Andreoli e Karan (2017) a estruturação de procedimentos e rotinas de trabalho são alguns exemplos de resposta dadas as exigências da participação institucional do serviço de psicologia hospitalar, podendo vir a dar visibilidade, reconhecimento e inserção ao trabalho no contexto da assistência hospitalar. Podemos perceber a credibilidade dada pelos profissionais devido à sua capacidade de aplicação no cotidiano do serviço de psicologia hospitalar.

É o seguinte, eu nem imagino sem não! Porque antes era um "tiro no escuro", você não pegava uma sequência, uma linha, não pegava uma linha cronológica do paciente, não pegava né,

você tinha um papel que se perdido nada, não tinha antes nem para frente, não sei, não entendo, era como se fosse um trabalho só pra mim (E4).

[...] qual a importância disso aqui? A gente criar um padrão, um direcionamento que antes, de alguma forma, claro que cada um ia fazer o seu do seu jeito e aí a coisa não tinha um protocolo nessa assistência, né? Pelo menos nesse momento inicial pra compreensão da dinâmica do paciente (E1).

Havia a necessidade de apresentar o quantitativo de atendimentos mensalmente, como forma de evidenciar a produtividade da categoria:

Eram essas sempre as maiores cobranças na instituição: local de atendimento e a quantificação de dados, isso a gente tem, né, mas isso estava registrado de maneira informal entre cada um de nós (E2).

A realidade de registro manual das informações era algo que trazia morosidade à gestão do serviço de psicologia.

Sobre os indicadores do serviço, os profissionais pontuam a sua dificuldade em anteriormente conseguir fazer um levantamento dessas informações para apresentar os dados a gestores do hospital.

Então, assim, era, era contado no papel, era feito o papel do papel, eu anotar no prontuário um papelzinho verde e fazia minhas continhas no meu caderno, era uma coisa muito assim...

toda vez que eu tinha que contar para mim era um tormento, porque ele se pedia tempo, porque não tinha sentido. Inclusive tem uma caixa de caderninho, tem uma caixa enorme, não tem mais onde colocar, o que eu vou fazer? (E4.)

Em experiência similar, os psicólogos hospitalares do Hospital Israelita Albert Einstein, pontuam que na rotina de atendimentos da psicologia “estabeleceu-se não só um formato, um padrão e uma obrigação para registro em prontuário, mas também os primeiros documentos que descreviam os procedimentos de atendimentos psicológicos” afirmam Andreoli e Karam (2017, p. 17).

Após a informatização do protocolo de avaliação psicológica e de indicadores de atendimento da psicologia, a equipe percebe como positiva a possibilidade de análise posterior dos dados que são registrados e arquivados no prontuário eletrônico do paciente. Infelizmente, as informações anteriormente registradas não puderam ser resgatadas devido ao extravio dos cadernos do serviço, assim, parte do acervo documental de registros ficou comprometida, impedindo a criação de uma série histórica que contemplasse informações desde a fundação do serviço de psicologia no hospital.

Sobre o manuseio dos protocolos na assistência psicológica, a análise das falas das entrevistas em profundidade sugere que estes apresentam a avaliação de questões indiscutivelmente importantes. As facilidades geradas pelo uso dos protocolos são ilustradas na fala dos profissionais: “facilitou conseguir visualizar o que é que eu estou fazendo, o que eu não tô conseguindo fazer [...]” (E3).

Kernkraut, Silva e Gibello (2017) reforçam que a entrada do psicólogo no hospital esteve envolta em um desconhecimento sobre o impacto de sua intervenção e, principalmente, sobre qual sua contribuição na assistência à saúde. Por essa razão, a padronização e a utilização de mecanismos predefinidos são necessárias, para que sua presença possa ser requisitada e valorizada por gestores de equipes multiprofissionais.

Especificamente sobre o protocolo de avaliação psicológica do paciente, o instrumento permite compreender a desorganização psicoemocional do paciente mais aprofundadamente, como registrado na fala:

“[...] no que ela [a avaliação psicológica] se propõe... acho que é interessante, porque a gente vai vendo essa compreensão do estado de humor do paciente, da correlação com o processo de adoecimento” (E1).

Em relação ao manejo dos aspectos psiquiátricos do paciente oncológico, tornou-se mais fácil identificar potenciais fatores de risco para desenvolvimento de surtos psicóticos durante a hospitalização “[...] então a

avaliação psiquiátrica do paciente pra gente é um dado importante... fundamenta-nos e direciona até para o tipo da nossa assistência, os encaminhamentos [...]” (E3). Evidencia-se também que as informações do histórico psiquiátrico auxiliam no encaminhamento do paciente para a rede de atenção à saúde mental.

Conforme as profissionais retratam em suas falas, a dimensão dos aspectos cognitivos permite avaliar o “[...] pensamento, linguagem, memória, e orientação no tempo e no espaço” (E3). Desse modo, expressam que a partir da identificação dessas alterações é realizado planejamento de intervenções pautado nas reais necessidades dos pacientes:

“[...] a gente faz um levantamento das principais demandas, das principais clínicas que onde o paciente pode vir a desencadear um comprometimento de memória, um comprometimento de sono” (E1).

A dinâmica, o tamanho do hospital e a linha de cuidado percorrida pelos pacientes na instituição, muitas vezes dificultam a comunicação entre os profissionais psicólogos da instituição que, na maioria das vezes, ocorre através dos registros no prontuário eletrônico do paciente, como percebido na fala:

“[...] esses registros, essas avaliações, esses dados... tendo isso aqui a gente sobrevive sem ter o diálogo “teti a teti” que, muitas vezes, não conseguimos ter num hospital desse tamanho” (E4).

Dessa maneira, torna-se fundamental o preenchimento adequado e integral dos protocolos com as informações pertinentes a cada paciente. Essa ação potencializa a comunicação entre as profissionais do serviço de psicologia.

Sobre a pertinência da aplicabilidade dos protocolos nos diversos setores do hospital, destaca-se a possibilidade de aplicação do instrumento em diversos cenários do hospital “[...] posso estar em qualquer desenho hospitalar com paciente que eu consigo depois responder” (E1).

De maneira geral, os protocolos auxiliaram, principalmente, na ampliação do escopo de avaliação e percepção dos profissionais psicólogos sobre os diversos aspectos do paciente oncológico, como evidenciado na fala:

“Isso aqui [os protocolos] me lembra de sempre ampliar o meu atendimento, de ampliar sempre... é pra gente pensar na vida do paciente, é para o benefício terapêutico dele” (E3).

Figura 2 – Nuvem de palavras: facilidades da implantação dos protocolos no serviço de psico-oncologia hospitalar, Fortaleza-CE, 2018

particularidades e subjetividades, necessitando revisitar sua linguagem e suas técnicas, adaptando à realidade dinâmica do cotidiano hospitalar (KERNKRAUT, SILVA E GIBELLO, 2017).

Apesar de considerarem que os protocolos têm qualidade, os profissionais psicólogos apontam necessidade de aprimorá-los. Afirmam que nos protocolos devem ser inclusos itens mais específicos da avaliação do psicólogo hospitalar em pacientes oncológicos.

O protocolo de avaliação psicológica poderia focar melhor nas dimensões do processo saúde-doença, avaliando aspectos inerentes ao adoecimento e à hospitalização, incluindo itens com informações da recidiva da doença, a inclusão em cuidados paliativos, dentre outros, como se percebe na narrativa:

“[...] porque tem informações que não “tá” nas opções do protocolo, e aí isso é que a gente fica pensando: como é que a gente vai lidar com isso depois?” (E2).

A heterogeneidade na interpretação de cada item a ser avaliado pelo psicólogo também é uma dificuldade pontuada. No protocolo de avaliação psicológica constam alguns itens que na análise dos psicólogos podem ser interpretados de maneiras diferentes. Percebe-se, então, que existe necessidade de afinamento de comunicação na equipe para assim obter consenso sobre a análise dos itens do protocolo.

[...], pois é, né, os termos foram colocados, a

gente teve um momento onde a gente discutiu, mas a gente não aprofundou e considerando que vai sempre entrando gente nova a gente não para pra alinhar a compreensão dos termos e até mesmo novamente relembando, trazendo de volta a discussão dos termos, a gente tinha que fazer isso em equipe, em equipe como um todo, né... e aí entram outras questões de equipe que infelizmente nos impedem de a gente discutindo o próprio instrumento de trabalho, além do próprio tempo que a gente tem de assistência que não facilita [...] (E4).

Os profissionais referem que essa situação pode gerar vieses na compilação e na tabulação dos indicadores, como pontuado na fala:

“[...] isso pode complicar o dado final, porque subjetivamente eu posso enxergar algo e outra pessoa pode ver de outra forma, então é nisso aí que eu acho que não deixa fidedigna a resposta” (E3).

Ainda há profissionais que consideram o protocolo focado no contexto da saúde mental e mais voltado às dimensões psicopatológicas. Essa dificuldade pode ser fruto da fragilidade expressa em relação ao frágil conhecimento dos componentes cognitivos e psiquiátricos.

[...] então algumas palavras que no começo, quando a gente tava construindo, não eram até do nosso conhecimento, quer dizer, um profissional da saúde mental da Psicologia não sabe o que é, sei lá, uma orientação autopsí-

quica, “o que é isso?”, e a gente não saber dificulta o processo de reconhecer uma demanda que pode vir e pode ser transformada num dificultador do processo de recuperação, tratamento, ou até óbito do próprio paciente (E3).

[...] sim, e aí em cima desses termos trabalhar-mos o conceito de forma mais apropriada né, pra todos nós, porque eu, às vezes, tem termos que aqui que eu lhe digo de coração, vindo uma questão relacionada à linguagem aí eu vou lá ao “doutor Google” e me lembro porque como as palavras são parecidas, eu digo o que é que é vigente aqui no caso dessa paciente (E2).

Devido à parte da equipe não ter compreensão aprofundada do real objetivo de avaliação dos itens dos protocolos, alguns profissionais acabam desvalorizando o preenchimento completo dos instrumentos:

“Eu penso muito nas limitações enquanto profissional, porque eu acredito que eu ainda vejo os protocolos como sendo pouco preenchidos, e eu acho que é pela falta de estudo da nossa categoria [...]” (E4).

Entende-se que é necessário aos profissionais constante aprimoramento de suas práticas assistenciais, pois, tratando-se de um Hospital Escola, há uma rotatividade de residentes no serviço de psicologia, havendo a necessidade de aprofundar o conhecimento e alinhar a compreensão dos conceitos disponibilizados no protocolo.

Mas eu acho que os profissionais que não estão no processo formativo contínuo não conseguem perceber pesquisa no seu atendimento, que não conseguem perceber pesquisa no sentido de “o que é que eu posso construir pra o meu atendimento ser mais eficaz, eficiente, ser mais efetivo” e não ficar só no, ah, na escuta psicológica, a escuta no hospital, né, e o mesmo “repeteco” que a gente vê na maioria dos lugares (E1).

Dentre os principais desafios enfrentados no contexto do trabalho desenvolvido no hospital, está a própria formação do psicólogo, voltada mais para o atendimento ao paciente e à equipe do que na coleta de dados que possam ser usados para a produção de conhecimento científico (ANDREOLI; KARAM, 2017).

Os profissionais reconhecem que, apesar do desalinamento da compreensão dos itens dos protocolos, no primeiro momento da implantação deles, sentiram-se mobilizados a estudar e aprimorar sua prática no atendimento aos pacientes e aos familiares. Referem que os instrumentos padronizados e usados por toda a equipe proporcionaram a construção de conhecimentos e maior arsenal teórico no fazer do psicólogo hospitalar: “É...a gente estudou, principalmente o grupo de psicólogos, a gente estudou bastante no sentido de o que a gente queria coletar com isso, o que é que a gente precisava é saber o que estava fazendo, né” (E3).

A prática da psicologia hospitalar tem como objetivo principal minimizar o sofrimento psíquico decorrente do processo de adoecimento e de hospitalização.

(SIMONETTI, 2014). Entretanto, durante as entrevistas, os profissionais pontuaram a necessidade de ampliar sua prática:

[...] a gente acaba se limitando a uma forma de atender, a uma forma de estudo, muitas vezes, a gente acha que a saúde mental está desvinculada da Psicologia hospitalar, e nada a ver... também é saúde mental constantemente [...] (E4).

A atuação do psicólogo no contexto hospitalar se caracteriza por um “conjunto de ações psicoterapêuticas capazes de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde mental e de intervir nos problemas sanitários decorrentes da patologia orgânica, da hospitalização, dos tratamentos medicamentosos e cirúrgicos, e da reabilitação” (ALAMY, 2013, p. 19)

O psicólogo hospitalar, frequentemente, precisa encaminhar para a rede de saúde mental aqueles pacientes que apresentam distúrbios psíquicos e necessitam ser acompanhados de forma mais longitudinal, direcionando-os para outros serviços de caráter ambulatoriais.

se fosse a concretização na instituição do serviço, na instituição (E4).

Verifica-se que a democratização da informação foi um fator positivo promovido pela implantação dos protocolos:

[...] o instrumento facilita a gestão, porque você tem o acesso amplo e que todo mundo pode ter esse acesso facilitado pra todos, não é exclusivo da gestão, no caso, entendeu, então eu entendo que facilita muito [...] (E1).

Os dados coletados auxiliam na compreensão e maior clareza da realidade dos pacientes: “[...] os protocolos de avaliação pela [sua] objetividade, são bem centrados, nos orienta, nos norteia, é de fácil manuseio, simples, possibilita perceber com mais clareza” (E4).

A mensuração dos dados inerentes às ações dos profissionais na assistência psicológica possibilitou uma maior aproximação e melhor diálogo com a gestão da instituição. Podem ser usados para auxiliar a gestão do serviço de psicologia e no dimensionando de profissionais em determinado setor, como exemplificado na fala: “[...] se a demanda é tão grande e só essa quantidade de profissionais não dá conta... a gente vai dimensionar o número de profissionais que é necessário” (E2).

Conforme a percepção dos profissionais psicólogos, com os indicadores do serviço de psicologia é possível dialogar com o setor gerencial de recursos humanos para a contratação de mais profissionais necessários ao cuidado integral do paciente oncológico, que muitas

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A construção e a inserção dos protocolos objetivaram instrumentalizar os profissionais psicólogos e a instituição para potencializar a assistência psicológica prestada aos pacientes, familiares e acompanhantes. Os protocolos permitiram que as avaliações psicológicas dos pacientes fossem registradas no Prontuário Eletrônico do Paciente e, em seguida, apontados detalhes logísticos em relação ao contexto do atendimento, auxiliando o psicólogo no acompanhamento do paciente e na construção de indicadores do serviço de psicologia hospitalar.

Aos profissionais reconhecem que as práticas de gestão melhoraram significativamente, ao passo que os dados elencados através dos protocolos deram maior visibilidade às ações da equipe de psicologia. Proporcionaram incentivos ao aprimoramento teórico da equipe e facilitaram o processo de comunicação com o registro nos prontuários eletrônicos. A principal dificuldade apontada foi a necessidade de melhorar o protocolo de avaliação psicológica, deixando-o mais aplicável à realidade da assistência ao paciente oncológico.

De maneira geral, percebe-se que os profissionais psicólogos reconhecem as potencialidades e os fatores limitantes advindos da instrumentalização e da implantação dos protocolos na rotina do serviço de psicologia hospitalar. Apontamos que se fazem necessários o aprimoramento dos profissionais em relação às funções psíquicas básicas do ser humano e maior entrosamento no processo de comunicação da equipe de psicologia.

REFERÊNCIAS

ANDREOLI, P.B. de A.; KARAM, C.H. A história da psicologia hospitalar no Hospital Israelita Albert Einstein. In: KERNKRAUT, A.M.; SILVA, A.L.M. da; GIBELLO, J. (ORG). **O psicólogo no Hospital**: da prática assistencial à gestão de serviço. São Paulo: Blucher, 2017, p. 496.

ALAMY, S. **Ensaio de Psicologia Hospitalar**: a ausculta da alma. 3 ed. Belo Horizonte: Editora do Autor, 2013.

BRINGER, J.D.; JOHNSTON, L.H.; BRACKNRIDGE, C.H. Using computer-assisted qualitative data analysis software to develop a grounded theory project. **Sage Journals**, v. 18, n. 3, p. 245-266, 2006.

FLORIANI, L.F. **Avaliação de usabilidade do prontuário eletrônico de pacientes do sistema tasy** e análise de satisfação do corpo clínico do hospital regional de **aranguá**. 2012. 49 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Tecnologias da Informação e Comunicação) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2012.

GORAYEB, R; GUERRELHAS, F. Sistematização da prática psicológica em ambientes médicos. **Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva**, v. 5, n. 1, p. 11-19, 2003.

GUSMÃO, M.F.S.; REIS, L. A. Efeitos do treinamento sensório-motor no equilíbrio de idosos: revisão sistemática. **Revista Saúde Coletiva**, v.17, n.1, p. 64-70, 2017.

KERNKRAUT, A.M.; SILVA, A.L.M. da; GIBELLO, J. (ORG). **O psicólogo no Hospital**: da prática assistencial à gestão de serviço. São Paulo: Blucher, p. 496, 2017.

MINAYO, M.C.S. (Org.). **Pesquisa Social**: teoria, método e criatividade. 29. ed. Petrópolis: Vozes, 2010.

MORÉ, C.L.O.C. A “entrevista em profundidade” ou “semiestruturada” no contexto da saúde: dilemas epistemológicos e desafios de sua construção e aplicação. **Investigação Qualitativa em Ciências Sociais**, v. 3, p. 129-131, 2015.

SIMONETTI, A. **Manual de psicologia hospitalar** – o mapa da doença. São Paulo: Casa do Psicólogo, p. 201, 2014.

O PAPEL DO GESTOR HOSPITALAR NAS ORGANIZAÇÕES DE SAÚDE: REVISÃO DE LITERATURA

*Francisco José do Nascimento Júnior
Adriano Rodrigues de Souza*

INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) traz em seu conceito a qualidade na assistência à saúde em todas as esferas e redes de atenção. No entanto, ressalta-se que este mesmo sistema impõe um diagnóstico de dificuldades, tais como: avanços tecnológicos, dificuldades em interagir com a equipe, doenças relacionadas ao processo de trabalho, desmotivação profissional, entre outros, que dificultam que esta assistência seja prestada de forma a atender aos seus princípios norteadores, isto é, a assistência deve ser de forma igualitária, integral e universal (RANZI, 2004).

Tendo esses princípios regidos na Constituição brasileira de 1988, percebe-se que dentro da atual conjuntura, as instituições preocupadas com a gestão em seus serviços traçam estratégias e ações para que a assistência ao paciente seja com qualidade e segurança.

Nesse contexto, através do atendimento e da satisfação dos usuários, as instituições podem traçar ações de melhoria diferenciando seu atendimento e elevando a qualidade, deixando os desafios que existem dentro da saúde ser visto como um momento de reflexão em busca de melhorias (SOUZA *et al.*, 2015).

Outro fator que faz com que exista a qualidade no serviço é a organização. Assim, Lorenzetti *et al.*, (2014), reconhece o conceito de organização como sendo a forma de direcionar um ambiente de trabalho, objetivando resultados positivos através do processo de divisão de tarefas e ressalta outras funções descritas abaixo:

A atribuição de organizar consiste na atividade complexa de formatação da estrutura organizacional, envolvendo a definição das pessoas, tecnologias, materiais e demais recursos necessários para o alcance dos objetivos de uma determinada instituição, empresa ou organização. Implica na divisão do trabalho, responsabilidades, níveis de autoridade e tipo de concepção de gestão a ser adotada (LORENZETTI *et al.*, 2014, p. 105).

Ao que se refere à Administração Hospitalar (AH), conforme Vieira (2009), esta tem a intenção de coordenar e normalizar seu meio laboral e institucional, para tanto a AH tem como finalidade atingir seus objetivos por meio dos esforços de seus colaboradores, através de planejamento, organização e controle de custos (VIEIRA, 2009). Entende-se que a gestão de hospitais é invariavelmente complexa, em qualquer parte do mundo, até mesmo nos países desenvolvidos. No entanto, é ainda mais desafiadora em alguns países em desenvolvimen-

to, frente a problemas como: regulação, financiamento e falta de tecnologias à disposição. Acrescenta-se a isso, as demandas gerenciais, a exigência por conhecimentos específicos na gestão dos recursos humanos e físicos. Frente a isso, entende-se que os hospitais são empresas dotadas de grandes avanços tecnológicos e constituídos de complexa estrutura organizacional (FARIAS; ARAÚJO, 2017).

A evolução da administração hospitalar está diretamente relacionada à história dos hospitais e da medicina. Os hospitais no Brasil, como em qualquer outro país, foram administrados por religiosos, médicos, enfermeiros ou pessoas da comunidade, devido ao fato de não serem vistos como uma empresa e sim como uma instituição de caridade. Nem sempre o gestor conhecia a prática hospitalar, nem as técnicas de gerenciamento, pois a escolha ocorria de forma empírica. Na verdade, não existia a figura do gestor, este, por sua vez, tinha a função de manter a estrutura física e de cuidar das despesas com os poucos recursos existentes, em geral oriundos de doações (SEIXAS; MELO, 2004).

Figueiredo (2012) destaca que a acreditação hospitalar gera impactos grandiosos na melhoria da qualidade nos serviços de saúde, isto porque o gerenciamento dentro da instituição tende a organizar e a qualificar mais ainda os profissionais para que estes possam atender, de maneira mais humanizada, e, principalmente, para que se sintam bem no ambiente de trabalho, assim, o gestor potencializa seus resultados, através da qualidade na assistência e da motivação profissional.

Nesse sentido, o gestor dentro do hospital diariamente presencia desafios e que de alguma forma tenta saná-los ou amenizar as condições inerentes a estes. Não esquecendo que os hospitais são considerados empresas dotadas de grandes avanços tecnológicos e constituídas de complexa estrutura organizacional, o que condiciona uma maior possibilidade de desafios. Assim, o gestor deve estar capacitado e, de preferência, buscar atualização técnica para poder elaborar ações frente aos dados inerentes e aos problemas encontrados (SANTOS; ARRUDA, 2012).

De fato, o gestor hospitalar é um profissional de suma importância para a instituição hospitalar, onde este pode ter como função de administrar a instituição, diagnosticar problemas e obter soluções, reduzir gastos e melhorar a rentabilidade financeira da instituição e sobretudo de conduzir o quadro de profissionais a uma assistência a saúde com qualidade.

No entanto, dificuldades surgem ao meio de tantas atribuições, prejudicando assim o andamento correto do processo de trabalho do gestor hospitalar. Diante desta problemática descrita, surge a pergunta a qual norteou este artigo: Qual o papel que o gestor hospitalar exerce dentro de uma instituição hospitalar?

A justificativa que realça esta questão se dá relacionada à evidência que o gestor hospitalar tem dentro das instituições hospitalares na implementação de estratégias para minimizar os custos e ofertar uma assistência de qualidade. Visto tratar-se de uma tarefa complexa, a forma de administrar e que seu impacto sendo

negativo surge de forma direta sobre a saúde dos usuários, quando não chega a causar a morte decorrente da má assistência ou falta dela.

O estudo será relevante em todos os âmbitos profissionais, já que a atividade de organização do trabalho para a gestão dos processos tanto assistencial quanto administrativo é de extrema importância, assim, este estudo tem o intuito de demonstrar as atividades desempenhadas pelo gestor hospitalar e, assim, demonstrar a importância desse profissional dentro do processo de cuidar nas organizações hospitalares, uma vez que a administração também consiste em um atendimento de qualidade.

O objetivo do estudo foi focado nas necessidades de conhecimento em relação às atribuições, portanto, o objetivo foi apontar as atribuições do gestor hospitalar, demonstrando a sua importância dentro dos espaços de saúde.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo do tipo descritivo, de abordagem qualitativa, realizado por meio de uma revisão de literatura. A revisão de literatura tem a finalidade de sintetizar resultados obtidos em pesquisas sobre uma temática, de maneira sistemática, ordenada e abrangente. Esse tipo de revisão fornece informações mais amplas sobre um determinado assunto (ERCOLE; MELO; ALCOFORADO, 2014).

A etapa inicia-se com a definição de um problema e a formulação de uma pergunta de partida que tenha finalidade de nortear o estudo. A partir de então, todo passo deve estar relacionado com a pergunta de partida que deve ser clara e específica. Uma vez delimitado o problema, devem se adotar critérios de inclusão e exclusão para assim favorecer a busca por material sobre a temática nas bases de dados eletrônicos (LOPES, 2002; MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

Para nortear o estudo que se delineia, formulou-se a pergunta norteadora: Qual o papel que o gestor hospitalar exerce dentro de uma instituição hospitalar? Os estudos foram selecionados nos bancos de dados da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), tais como na Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Base de Dados de Enfermagem (BDENF) e Scientific Electronic Library Online (SCIELO) durante os meses de dezembro de 2017 a março de 2018.

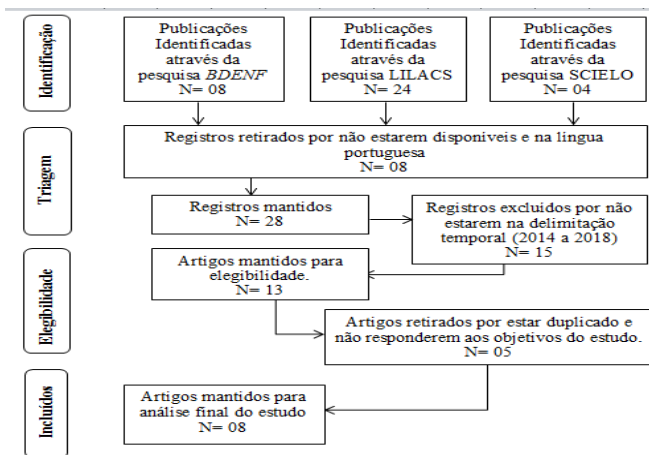
A busca por artigos nas bases de dados ocorreu durante o mês de dezembro de 2017 a março de 2018. Para Silveira e Córdova (2009), o importante na coleta de dados não é apenas coletar informações que deem conta dos conceitos por meio de indicadores, mas também obter essas informações de maneira a aplicá-las posteriormente.

Foram utilizados como critério de inclusão artigos (pesquisa original, revisão de literatura, revisão sistemática), publicados em língua portuguesa, nos últimos cinco anos (2014 a 2018), que estavam disponíveis na íntegra e gratuitos, foram excluídos estudos do tipo: em

outros idiomas, reflexão, atualização, editoriais e relato de experiência, duplicados e por não responderem aos objetivos do estudo.

Os descritores identificados foram: “Administração hospitalar” OR “Gestão hospitalar” AND “Gestão em saúde” AND “Serviço de Saúde” AND “Gestor de Saúde”, intercalados pelo operador boleano AND e OR, ficando os descritores na busca da seguinte forma: (administração hospitalar OR gestão hospitalar) AND (gestão em saúde) AND (serviço de saúde) AND (gestor de saúde). No fluxograma abaixo, descreve-se todo o processo de busca dos artigos para compor este estudo.

Figura 1 - Fluxograma do processo de busca e seleção dos estudos presentes na revisão integrativa



Fonte: Elaborado pelos autores.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os oito artigos foram lidos na íntegra e avaliados quanto à atribuição do gestor e sua importância. Para fácil compreensão do leitor, foi elaborado um quadro composto por número de ordem, título, referência, ano de publicação, base de dados, atribuições do gestor e conclusão. Esses componentes fizeram com que este estudo chegasse à resposta da pergunta norteadora do estudo.

Quadro 1- Caracterização dos artigos

	Título/Referência	Ano/ Base de dados	Atribuições do gestor	Necessidades
A1	Relação entre indicadores de qualidade e econômicos: um estudo em uma rede de hospitais do terceiro setor do Sul do Brasil Maciel Ramos et al.	2018 Lilacs/ SciELO	Conhecer como os custos se comportam para obter bons resultados futuros.	Um serviço de qualidade gera maior retorno financeiro,
A2	Limites e possibilidades das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço: percepções dos gestores França et al.	2017 Lilacs/ SciELO	Estimulo a educação permanente para os profissionais, conhecimento em área financeira.	Reflexão sobre a realidade posta e a encontrar soluções criativas superando problemas de saúde e, qualificar as ações aumentando a capacidade de resolução e a eficiência do sistema de saúde.
A3	Perfil dos gerentes da Atenção Primária: uma revisão integrativa Peiter; Caminha e Oliveira	2017 Lilacs/ SciELO	Organização dos serviços de saúde; Atuação dos gestores quanto os sistemas de informações.	Foram reveladas habilidades como liderança, comunicação, organização, planejamento, agilidade
A4	Mapeamento do processo de compras públicas: uma ferramenta para gestão de materiais em saúde Faria et al.	2017 Lilacs/ Bdenf	Alcance de metas, materialização de produto e serviço, resolução de problema específico, mediação de processo de gestão do cuidado.	Repensar sobre práticas operacionais e as estratégicas para não estagnarem, onde a sociedade cobra a eficiência e a eficácia dos serviços públicos.
A5	Competência de gestores de unidades básicas de saúde Henrique et al.	2017 Lilacs	Competência de gerência e liderança; pensar e planejar; ser ético; ser motivador.	Os gestores possuem competências as quais devem ser desenvolvidas.
A6	Referência e contrarreferência entre os serviços de reabilitação física da pessoa com deficiência: a (des)articulação na microrregião Centro-Sul Fluminense, Rio de Janeiro, Brasil Pereira e Machado	2016 Lilacs/ SciELO	Ser atuante; conhecimento do local de trabalho.	O gerenciamento de rede na melhoria da qualidade na assistência ao usuário.

	Título/Referência	Ano/ Base de dados	Atribuições do gestor	Necessidades
A7	Análise do discurso argumen- tativo na coordenação de um Serviço de Atendimento Mó- vel de Urgência Lima; Rivera e Artmann	2015 Lilacs/ SciELO	Apaziguar con- flitos; coordenar ações	Utilização de técni- cas em prol de me- lhorar o ambiente de trabalho.
A8	A visão do enfermeiro/gestor sobre a necessidade de im- plementar apoio psicológico aos profissionais do serviço de atendimento móvel de urgência Mesquita et al.	2014 Lilacs	Conhecer as con- dições psicológi- cas dos profissio- nais; implementar estratégias.	Melhorar a qualida- de de vida e inten- sificar o apoio psi- cológico para toda equipe.

Fonte: Elaborado pelos autores.

Quanto aos títulos dos artigos, na leitura realiza-
da, identificou-se que os artigos falavam nos gestores
como sendo responsáveis pelos indicadores econômi-
cos e financeiros (A1, A2), outro artigo traçava o perfil
dos gestores e suas necessidades com mais intensidade
que os demais artigos (A3, A8), também foi evidenciado
em artigos a participação dos gestores em tomada de
decisões (A4, A5, A6) e um artigo relatava sobre o papel
humanitário e solidário que o gestor tem diante das si-
tuações impostas (A8).

Os títulos dos artigos são considerados de extrema
importância, é através da leitura e do reconhecimento
dele que podemos ter noções sobre a importância e o
desenvolvimento de todo o trabalho. Portanto, os arti-
gos encontrados vão de encontro aos objetivos deste
estudo com base nos títulos, dos quais falam em com-
petências e habilidades do gestor em saúde. Conforme
Farias; Moraes; Guariente (2017), as competências e ha-

bilidades do gestor de saúde são descritas como: gestão participativa, tomada de decisões, resolução de conflitos, humanização e escuta eficiente.

Quanto aos autores encontrados nos estudos, os dados levantados da pesquisa evidenciaram que dentro dos oito artigos selecionados havia no total de 26 participantes na elaboração dos estudos, do qual apenas um autor se encontrava repetido (A4 e A7), assim, o somatório é de 25 autores devido à repetição de um dos estudos. Em relação à graduação, os artigos foram relevantes para diversas categorias profissionais, destacadas a seguir: Contador, Advogado, Biomédico, Médico, Psicólogo, Assistente Social, Professor em Ciências Sociais e Enfermeiro, o que faz da gestão em saúde ser absorvida por vários profissionais devido suas competências e habilidades.

Em relação ao grau de estudo dos autores, evidenciou-se que dos 25 autores, 02 tinham Pós-Doutorado, 14 tinham Doutorado, 03 tinham mestrado, 03 especialistas e 01 graduado e 02 não apresentavam currículo cadastrado na Plataforma Lattes, o que dificultou saber qual o grau de seu estudo e sua profissão, sendo que 11 autores eram graduados em enfermagem, 04 tinham graduação em medicina, 03 eram graduados em serviço social e os demais estavam nas outras áreas citadas acima, lembrando que 02 entre os que faltavam não foram categorizados.

Desse modo, percebe-se que a enfermagem ainda é a profissão que mais se desenvolve em gestão, tendo em vista que esta característica própria do enfer-

meiro de gerenciamento já vem da época de Florence Nightingale a qual direcionava a equipe e tinha como papel de gestora a diminuição de gastos e a assistência humana e de qualidade. Relacionado ao ano de publicação dos oitos (8) artigos encontrados, foram evidenciados que em 2017 (A2, A3, A4, e A5) foram encontrados quatro (04) artigos e nos anos de 2014 (A8), 2015 (A7), 2016 (A6) e 2018 (A1) tiveram apenas uma publicação referente ao assunto deste estudo, o que se observa a necessidade de serem contemplados mais estudos relacionados ao tema.

Quanto à base de dados selecionada cinco (05) artigos foram publicados na base LILACS e SCIELO (A1, A2, A3, A4 e A7), um artigo foi publicado no LILACS e BDEFN (A4) e 02 artigos foram publicados somente no LILACS (A8), o que somente corrobora com a descrição dos autores e suas profissões da qual foi escolhida em sua maioria bases de dados que não trabalham apenas com periódicos de uma categoria profissional, mas de diversas categorias as quais se relacionam com saúde em outras condições profissionais como direito, contabilidade, entre outras.

Quanto às atribuições do gestor, os artigos ressaltaram que este o gestor deve estar consciente quanto ao fluxo financeiro da instituição, bem como das organizações dos serviços, o qual também foi considerado a atuação do gestor e a competência deste quanto à sua equipe de trabalho e suas atividades, além de outras atribuições.

Quanto às necessidades evidenciadas para poder ter um gestor eficiente, foi observado que o gestor necessita ter conhecimento sobre como identificar gastos e evitá-los, ter capacitação profissional para dar continuidade ao trabalho, ter espírito de liderança para conseguir a credibilidade e a confiança da equipe, saber ser humano, ouvir e entender as fragilidades e as dificuldades do ambiente e da equipe o qual está trabalhando e, especialmente, deve considerar que a qualidade de vida e o psicológico para este profissional é um fator importante para o desempenho de suas atribuições.

Após a categorização dos artigos, tem-se que o objetivo proposto pelo estudo atinge a partir da discussão dos resultados no qual será realizada a partir da área temática encontrada nos resultados e que descrevem: atribuições do gestor e necessidades evidenciadas para uma boa gestão: reflexo de sua importância e trabalho nos artigos encontrados.

Um gestor em saúde tem diversas atribuições, dentro dos artigos selecionados para esta pesquisa foram evidenciados: o conhecimento sobre gastos e economia, sobre o seu ambiente de trabalho e sua equipe e sobre tecnologias; O incentivo aos demais da equipe para o estudo; Ser persistente e alcançar metas e objetivos; Ter em mente o planejamento e a elaboração de estratégias; Ter domínio da equipe; Ser líder, ético e estar presente na equipe, conhecendo as necessidades de cada profissional e tentando resolver os problemas existentes tanto no conjunto como no individual.

Quanto ao conhecimento de gastos e economia, o estudo de Maciel Ramos *et al.* (2018) analisa dados que podem influenciar gastos dentro de uma instituição e faz referência às atribuições do gestor. Os autores também falam que através do desempenho financeiro o gestor poderá controlar os gastos, fazendo economia e, acima de tudo, prestando qualidade no serviço. Não é fácil ter conhecimento da área financeira de uma instituição de saúde, basicamente quando o profissional gestor não é da área de exatas.

Mesmo diante destas dificuldades, o gestor procura estar atento às novas demandas e, principalmente, aos novos saberes, o que se faz ressalva que conhecimento nunca é demais. Neste sentido e corroborando com o relatado, França *et al.* (2017), em sua pesquisa, relata que a gestão financeira deve ser constantemente trabalhada com os gestores para que estes possam saber como conduzir melhor a economia da instituição sem afetar com a qualidade no serviço, já que esta atribuição deve ser somente consolidada pelo próprio gestor e que as finanças são de inteira responsabilidade dele, os autores mencionam que o suporte do gestor para se ter melhor desempenho é a educação permanente.

A gestão financeira é somente uma das atribuições do gestor dentre as muitas, no entanto a que mais reflete no desempenho da gestão. Como o mundo está repleto de inovações dentro da área da saúde e que estas têm um preço alto, mas o seu uso cotidiano traz benefícios e particularmente redução de gastos, o gestor

deve estar atento a essas inovações tecnológicas, essencialmente quando se refere à qualidade na assistência e redução de gastos. Propor modificações em determinado setor pode sair caro, o gestor necessita trazer para a instituição gastos que não estavam contemplados em um determinado orçamento, mas que podem fazer uma diferença no final quando se refere às tecnologias.

Faria *et al.*, (2017, p. 21) descreve o processo tecnológico em saúde como um desafio para os gestores, os quais devem “alinhar as novas tecnologias e os custos com o investimento”. O sentido da frase do autor mencionada acima nos dá a menção de que os gestores devem controlar as despesas da instituição para que o investimento tecnológico seja visto como positivo para a saúde. Mas, as tecnologias têm várias funções e uma delas é diminuir o tempo que o gestor teria para obtenção de dados, e nesta diminuição de tempo o gestor pode ter a capacidade de agir rapidamente conforme as necessidades encontradas e, assim, ter a redução de gastos provenientes de algum problema encontrado.

Uma pesquisa realizada com profissionais do SAMU mostrou que a necessidade de realização de programas para combater o estresse profissional são importantes. Esses programas surgem das necessidades evidenciadas pelos gestores quanto ao nível de estresse da equipe. Os autores desta pesquisa fazem uma ressalva da importância de palestras educativas e de pesquisas correlacionadas com o nível do estresse nos profissionais (MESQUITA *et al.*, 2014).

Em comparativo desta pesquisa com o assunto de tecnologias percebe-se que a tecnologia leve, utilizada em forma de palestras audiovisuais e na forma de informativos e pesquisas, trouxe para a equipe trabalhada uma melhor qualidade na assistência e, também, um ambiente mais saudável para o trabalho, isto se deve à competência e ao esforço do gestor em utilizar a ferramenta tecnológica para conseguir resultados positivos de forma rápida, evitando assim que consequências mais agravantes pudessem atingir a equipe, a instituição e trazer danos aos pacientes atendidos.

Henrique *et al.*, (2017) relata que o esforço dos gestores em melhorar a qualidade na assistência, procurando diminuir gastos e ter retorno financeiro para a instituição teria melhores resultados se a equipe ajudasse da mesma forma, procurando executar as tarefas rotineiras preocupando-se com a instituição e com o paciente, assim como também participar das ações elaboradas das quais o gestor elabora para contribuir com um melhor ambiente de trabalho, como capacitações e roda de conversa.

Nesse sentido, o autor traz à tona algo que pode contribuir para o mau funcionamento das instituições e desgaste da equipe, o qual o gestor deve estar atento para que esta situação seja resolvida da melhor forma positiva, então, apaziguar conflitos e resgatar a credibilidade e a confiança são tidas como outras atribuições deste profissional.

Conforme Ramos (2018), “o processo de gestão das organizações hospitalares é complexo”, o autor

descreve nesta frase os conflitos neste processo existente que vão de problemas com equipe até questões orçamentárias e financeiras, o que pode gerar conflitos maiores relaciona-se às questões do profissional trabalhar mediante quantidade de procedimentos, isto gera conflito entre profissionais e aumento nos gastos, já que o estímulo de produção faz com que haja também o aumento do consumo de materiais e, conseqüentemente, o aumento dos custos hospitalares.

Quanto aos conflitos entre equipes, Lima, Rivera e Artmann (2015) destacam na sua pesquisa que se os conflitos não forem apaziguados logo no início, o gestor perde o controle da situação, gerando assim danos à instituição e aos que dela se servem, os autores observam relatos de gestores dos quais falam que se o ambiente de trabalho se tornar em um campo de batalha, o que já foi feito fica perdido e tudo acaba.

A descrição dos autores em suas pesquisas mostram a importância do gestor ser atuante, ter em sua mente o gerenciamento de finanças e de qualidade, conduzir a equipe de forma a amenizar conflitos e para que isto aconteça o gestor apresenta necessidades inerentes à sua competência, para que suas habilidades não sejam simplesmente consumidas pela rotina diária e pela acomodação do sistema do qual se apresenta defasado e com baixas condições de resolutividade. Assim como a equipe deve ter capacitações constantes e apoio psicológico, o gestor também deve estar atento às suas necessidades relacionadas à sua saúde.

Essas necessidades são traçadas nos artigos como importantes para o bom gerenciamento das instituições. Em estudo qualitativo sobre educação permanente e sua importância, a figura do gestor transparece como uma pessoa com grande importância no cenário trabalhista, entretanto, esta condição se depara com situações as quais o próprio gestor por falta de conhecimento ou interesse da importância de ser executadas ações de capacitação para a equipe faz com que este gestor desvie sua atribuição de motivador para ser um empecilho a respeito de qualificação profissional (FRANÇA *et al.*, 2017).

O artigo acima traz o reflexo de uma pesquisa da qual na vida rotineira de outros municípios isto decorre com frequência, no entanto, o gestor deve estar consciente que a qualificação profissional pode trazer melhores resultados para a instituição, como já foi demonstrado sua importância aqui em outros estudos.

Para Ramos (2018) a importância do gestor dentro das instituições de saúde se deve pelo fato dele atingir os interesses dos proprietários e dos usuários, atuando com uma equipe integrada, na qual possa reduzir custos através da diminuição de desperdícios ou falhas dando mais qualidade e eficiência aos serviços do qual são prestados pela instituição e melhorando os lucros.

Lima, Rivera e Artmann (2015) destacam que o gestor em sua importância é um ser humano e solidário, embora alguns percalços em seu ambiente de trabalho possa conduzi-lo a tomar decisões que são importantes para a melhor qualidade do serviço, mas, que de

alguma maneira possa afetar outras pessoas dos quais fazem parte de sua equipe, o gestor tenta com seu lado humanizado realizar com tantas dificuldades o trabalho do qual lhe foi atribuído evitando afetar a equipe e a instituição. O bom senso conduzido neste artigo, a humanização do profissional e, principalmente, a maneira de condução para ter bons resultados são provenientes de gestores que buscam através de sua própria iniciativa a qualidade na assistência sem necessariamente afetar o ambiente de trabalho, através de palavras ou atitudes descritas pelos gestores da pesquisa acima mostra que o trabalho não pode parar independente das condições existentes no ambiente e as dificuldades impostas.

Henrique *et al.*, (2017) reforça que a humanização profissional traz para o gestor a importância do bom desempenho, do qual este sabe a maneira correta de agir mediante situações conflituosas e desafios impostos, um gestor aberto a diálogos e a negociações tem a confiança da equipe e a credibilidade da instituição.

Um bom gestor deve além de estar efetuando as suas atribuições ser um profissional humano e solidário, onde este identifica situações e desafios dentro do seu ambiente de trabalho e traça ações e estratégias para melhor conduzir.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados encontrados nesta pesquisa evidenciou que o gestor possui várias atribuições, dentre elas estão questões inerentes principalmente à sua atuação

financeira da qual gera economia para a instituição, visão esta que, atualmente, pode ser avaliada como essencial, mas não como principal, tendo em vista que foram encontrados relatos em outros artigos de soluções propostas por outros gestores para diminuir gastos e melhorar a qualidade do atendimento, assim como a redução de gastos.

Dentre estas soluções falou-se no uso das tecnologias, nas capacitações profissionais e no resgate da credibilidade do gestor com a sua equipe, o que garante condições melhores, ações mais eficazes e, especialmente, satisfação do usuário que necessita do serviço oferecido pela instituição. A satisfação dos usuários de saúde é o ápice de uma instituição relacionada a cuidados, um usuário satisfeito reflete em uma gestão de qualidade, assim como uma equipe integrada e eficaz. Porém, em alguns lugares o gestor transparece ser uma pessoa autoritária, indiferente e que não pensa na satisfação do cliente, mas sim está voltado somente em melhorar o financeiro, o que acaba por não acontecer, pois o usuário insatisfeito não traz benefícios para a instituição. Assim, necessita-se que o gestor saiba que a qualificação profissional, a motivação da equipe, o reconhecimento no trabalho, entre outras atitudes deste podem conduzir a melhores resultados, evitando falhas ou danos, minimizando gastos com redução de custos e aumentando os lucros provenientes de um bom trabalho em equipe.

Diante da abrangência das funções desempenhadas pelo gestor em saúde, ficou evidente que esse

profissional é dotado de competência teórico-científica para administrar as organizações de saúde, inclusive as organizações hospitalares em toda sua complexidade, mas que não pode esquecer de se qualificar/capacitar mediante as inovações dos quais ocorrem dentro da área da saúde. Conclui-se, portanto, que o gestor é importante para a instituição de saúde, sugerem-se mais pesquisas relacionadas a esta importância e as atribuições deste profissional do qual sua profissão não é atribuída apenas por pessoas vinculadas à saúde, mas o interesse pela gestão em saúde provém de necessidades dos quais outras categorias profissionais demonstraram nesta pesquisa a necessidade de ser um gestor em saúde.

REFERÊNCIAS

ADORNO, A.M.N.G.; MARTINS, C.A.; VIEIRA, B.D.G. *et al.* Gestão hospitalar como ferramenta do cuidado. **Rev enferm UFPE on line**, v. 11, n. 8, p. 3143-50, Recife, ago, 2017.

ALONSO, L.B.N. *et al.* Acreditação hospitalar e a gestão da qualidade dos processos assistenciais. **Perspectivas em Gestão & Conhecimento**, v. 4, n. 2, p. 34-49, 2014.

ERCOLE, F.F.; MELO, L.S.; ALCOFORADO, C.L.C.G. Revisão Integrativa *versus* Revisão Sistemática. **REME - Rev Min Enferm.**; v.18, n.1, p. 1-260, jan/mar, 2014.

FARIAS, D.C.; ARAÚJO, F.O. Gestão hospitalar no Brasil: revisão da literatura visando ao aprimoramento das práticas administrativas em hospitais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 6, p. 1895-1904, 2017.

FARIA, S. da S. *et al.* **Mapeamento do processo de compras públicas:** uma ferramenta para gestão de materiais em saúde. 2017. Mestrado Profissional – Enfermagem Assistencial. Acesso em: 12 dez. 2017. Disponível em: <https://app.uff.br/riuff/bitstream/1/7241/1/Suzi%20da%20Silva%20Faria.pdf>

FARIAS, S.E.; MORAES, A.; GUARIENTE, M.H.D. de M. Competências gerenciais de gestores de um curso de graduação em enfermagem. **Rev. pesqui. cuid. fundam. (Online)**, v. 9, n. 4, p. 1048-1054, 2017.

FIGUEIREDO, K.F. Panorama de Acreditação Hospitalar no Brasil 2009-2011. Rio de Janeiro: Centro de Estudos em Gestão de Serviços de Saúde, Universidade Federal do Rio de Janeiro. **Relatório de Pesquisa**, 2012.

FRANÇA, T. *et al.* Limites e possibilidades das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço: percepções dos gestores. **Saúde em Debate**, v. 41, p. 144-154, 2017.

HENRIQUE, F. *et al.* Competência de gestores de Unidades Básicas de Saúde. 2017. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/24110/2/flavia.pdf>. Acesso em: 16 dez. 2017.

KLEBA, M. E.; COMERLATTO, D. Vivências de empoderamento no exercício da participação social em conselhos gestores de políticas públicas. **Administração Pública e Gestão Social**, v. 3, n. 1, p. 23-42, 2011.

LEMOS, V. M. F.; ROCHA, M.H.P. **A gestão das organizações hospitalares e suas complexidades.** VII Congresso Nacional de Excelência em Gestão, 12 e 13 de agosto de 2011.

LIMA, J. de C.; RIVERA, F. J. U.; ARTMANN, E. Análise do discurso argumentativo na coordenação de um Serviço de Atendimento Móvel de Urgência. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 20, p. 51-63, 2015.

LOPES, I. L. Estratégia de busca na recuperação da informação: revisão da literatura. *Ciência da Informação*, Brasília, v. 31, n. 2, p. 60-71, maio-ago. 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ci/v31n2/12909.pdf>>. Acesso em: 12 mai.2018.

LORENZETTI, J *et al.* Organização do trabalho da enfermagem hospitalar: abordagens na literatura. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v.23, n. 4, p. 1104-12, out-dez, 2014.

MARTINS, C. C.; WACLAWOVSKY, A. J. Problemas e desafios enfrentados pelos gestores públicos no processo de gestão em saúde. **Revista de Gestão em Sistemas de Saúde – RGSS**, v. 4, n. 1. janeiro/junho, 2015.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVAO, C.M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 17, n. 4, dez. 2008.

PEITER, C. C.; CAMINHA, M. E. P.; OLIVEIRA, W.F. de. Perfil dos gerentes da Atenção Primária: uma revisão integrativa. **Espaço para Saúde**, v. 18, n. 1, p. 165-173, 2017.

PEREIRA, J. de S.; MACHADO, W. C. A. Referência e contrarreferência entre os serviços de reabilitação física da pessoa com deficiência: a (des)articulação na microrregião Centro-Sul Fluminense, Rio de Janeiro, Brasil. *Physis*: **Revista de Saúde Coletiva**, v. 26, p. 1033-1051, 2016.

PEREIRA, G.S.; PEREIRA, S.S. A importância da qualidade do serviço na gestão hospitalar. **Rev. Eletrôn. Atualiza Saúde**. v. 1, n. 1, Salvador, jan./jun. 2015.

RAMOS, F. M. *et al.* Relação entre indicadores de qualidade e econômicos: um estudo em uma rede de hospitais do terceiro setor do Sul do Brasil. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 26, n. 4, 2018

RANZI, D.V.M. **Relatório técnico**: Programa de Humanização do Hospital Universitário de Dourados, MS. Monografia apresentada ao Curso de Gestão Hospitalar da Escola de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2004.

ROESCH, S.M.A. Projetos de estágio e de pesquisa em administração: guia para estágios, trabalhos de conclusão, dissertações e estudo de caso. 3 ed. São Paulo: Atlas, 2006.

SANTOS, I.E.R.; ARRUDA, J.S. Análise do perfil profissional dos gestores dos hospitais particulares da cidade de Aracaju - SE. **Revista eletrônica da Faculdade José Augusto Vieira**. v.5, n. 7, setembro 2012.

SEIXAS, M.S.; MELO, H.T. Desafios do administrador hospitalar. **Revista Gestão & Planejamento**, v. 1, n. 10, p. 16-20, 2004.

SILVEIRA, D.T.; CÓRDOVA, F.P. **Métodos de pesquisa** - A pesquisa científica. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, RS, 2009.

SOUZA, C.A. *et al.* Gestão hospitalar: o caso da Policlínica Naval XYZ. **Revista Eletrônica Diálogos Acadêmicos**, v. 08, n.1, p. 30-47, jan/jul, 2015.

VIEIRA, V. O papel do gestor hospitalar no mercado. Disponível em: <<http://saudeweb.com.br/12613/o-papel-do-gestor-hospitalar-no-mercado>> Acesso em: 22 jun. 2018.

OBSTINAÇÃO TERAPÊUTICA EM UTI: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

*Antonielle Carneiro Gomes
Maria Helena Lima Sousa*

INTRODUÇÃO

Distanásia tem sua definição pela bioética como uma morte difícil, aonde é empregada tratamentos intensivos e recursos tecnológicos com intuito de prorrogar a vida, sem observar a qualidade de vida e terminalidade (SANTOS *et al.*, 2016).

Muito profissionais apresentam resistência ao termo terminalidade, talvez seja pela deficiência em sua formação acadêmica, sendo um dos fatores que expliquem essa dificuldade (MACHADO, PESSINI, HOSSNE, 2007).

Por não haver familiaridade com a temática da morte, muitos profissionais podem manifestar a sensação de impotência diante da possibilidade de cura limitada, muitas vezes demonstrando a sensação de que nada mais poderá ser feito pelo paciente. Muitos profissionais evitam conversar com os familiares no intuito de evitar esta sensação de abandono do doente (FERREIRA, NASCIMENTO, SÁ, 2018).

As tecnologias estão apresentando um avanço crescente dentro das UTIs, ampliam em diversas terapêuticas clínicas, levando ao prolongamento da vida a qualquer custo, em condutas que não agregam em nada no tratamento do paciente (MACHADO, PESSINI, HOSSNE, 2007).

A partir da segunda metade do século XX, os avanços tecnológicos associados com desenvolvimento de terapêuticas, postergassem a longevidade, transformando doenças letais em crônicas (SILVA *et al.*, 2016).

O emprego de tecnologias, antes visto como instrumento de cura, passou a ser causador de sofrimento, uma vez que o paciente está sem perspectivas de melhora, o mesmo passou a sofrer com o emprego da obstinação terapêutica (SILVA, QUINTADA, NIETSCHE, 2012).

No estado de São Paulo, existe a Lei nº 10.241, que “dispõe sobre os direitos dos usuários dos serviços e das ações de saúde no Estado e dá outras providências”. Ela levanta questionamentos sobre os cuidados de saúde do paciente, evitando a desumanização das instituições de saúde. O inciso XXIII refere-se, especialmente, ao paciente terminal ou fora de possibilidades terapêuticas. Ele assegura ao usuário ou a seu representante legal o direito de recusar tratamentos dolorosos ou extraordinários, que visam prolongar a vida. O inciso XXIV refere-se à escolha do lugar para se despedir da vida (PESSINI, 2005).

A justificativa deste estudo é demonstrada pela importância do momento de avaliar a terapêutica empregada no tratamento dos pacientes terminais internados na UTI e a relevância do estudo dar-se pela mensu-

ração do conhecimento dos profissionais que trabalham em Unidade de Terapia Intensiva sobre as implicações bioéticas que envolvem a distanásia.

O interesse pela pesquisa surgiu a partir das inquietações da minha caminhada como enfermeira de UTI, após observar um grande investimento tecnológico, financeiro e de medicamentos em pacientes com prognóstico reservado, não respeitando a finitude daquele paciente, realizando investimentos que só oneraram sua estadia na UTI, mas que não tem uma finalidade terapêutica voltada para o paciente.

No intuito de compreender o tema proposto, buscou-se respostas para a questão: Quais são as percepções dos profissionais de Unidade de Terapia Intensiva sobre a distanásia? Este estudo é para identificar a produção científica sobre o tema, as percepções dos profissionais de Unidade de Terapia Intensiva sobre a distanásia.

METODOLOGIA

Para o desenvolvimento deste estudo, escolheu-se o método de pesquisa revisão integrativa, que é um processo que permite a síntese de vários artigos publicados e facilita conclusões a respeito da área de estudo (MENDES, SILVEIRA E GALVÃO, 2008).

Este método de pesquisa permite a síntese de múltiplos estudos publicados e possibilita conclusões gerais a respeito de uma particular área de estudo.

Para elaboração desta revisão integrativa, percorreram-se seis etapas descritas a seguir: (1) identificação da pergunta-chave; (2) seleção da amostra a ser analisada; (3) definição dos critérios de inclusão e exclusão; (4) análise dos estudos encontrados; (5) interpretação dos resultados e; (6) apresentação da revisão.

Para seleção dos artigos foi realizada nas bases de dados Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e BDNF no mês de junho de 2019. Foram incluídos todos os artigos considerados pertinentes para o tema em estudo cujo ano de publicação foram no período de janeiro de 2009 a dezembro de 2017. Usando como descritores: Obstinação terapêutica e unidade de terapia intensiva. Posteriormente, realizou-se o agrupamento entre os descritores a expressão booleana AND.

A busca dos estudos teve o intuito de responder à questão da revisão, utilizando critérios de inclusão e exclusão. Os critérios de inclusão para seleção dos estudos científicos: pesquisas primárias realizadas no Brasil, disponíveis textos completos *online*, que usassem metodologia qualitativa. Os artigos que usassem fonte de dados os prontuários ou registros sobre distanásia foram excluídos.

Na primeira fase os artigos selecionados foram distribuídos e enumerados em um quadro para melhor leitura e interpretação, com as seguintes variáveis: título do artigo, autores, tipo de estudo, ano da publicação e base de dados. Possível visualizar no quadro 1.

Inicialmente, realizou-se uma leitura dos títulos e resumos de cada artigo, incluindo os estudos que foram evidenciados a questão norteadora desta revisão. Após pesquisa nas bases de dados, encontrou-se 14 artigos, mas somente cinco se encaixavam nos critérios de inclusão desta pesquisa. Das referências, três eram repetidos, seis fugiam da questão norteadora.

A apresentação e a discussão dos dados foram realizadas de forma descritiva, facilitando a aplicabilidade desta revisão das percepções dos profissionais de Unidade de Terapia Intensiva sobre a distanásia.

Por fim, foi desenvolvido um formulário de coleta de dados preenchido individualmente de cada artigo, contemplando informações sobre identificação do estudo e autores, metodologia, objetivos e resultados.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir da busca realizada nas bases de dados LILACS e BDNF levando em consideração os critérios de inclusão já exposto, dentre os artigos que foram incluídos, encontramos 05 artigos, dos quais 03 são da BDNF e 02 da LILACS.

No Quadro 1, apresentam-se informações sobre os estudos que foram incluídos nesta revisão.

Quadro 1 - Informações dos artigos escolhidos para revisão integrativa. Fortaleza - CE, 2019

Nº	TÍTULO	AUTORES	METODOLOGIA	ANO
1	Concepções de enfermeiras sobre o prolongamento artificial da vida	Carina Marinho Picançol, Dora Sadigursky	Trata-se de uma pesquisa descritiva, de natureza qualitativa.	2014
2	Ortotanásia e distanásia: percepção dos profissionais de saúde de uma unidade de terapia intensiva	Farah Pitanga Porto Gois dos Santos, Isabel Comassetto, Anne Isadora Cavalcante Porciúncula, Regina Maria dos Santos, Fabiana Andrea Soares Ferreira, Ana Paula Nogueira de Magalhães.	Estudo descritivo, de abordagem qualitativa.	2016
3	Obstinação terapêutica sob o referencial bioético da vulnerabilidade na prática da enfermagem	Cláudia D'Arco, Carla Maria Maluf Ferrari, Luciane Vasconcelos Barreto de Carvalho.	Trata-se de uma pesquisa descritiva com abordagem qualitativa	2016
4	Obstinação terapêutica em Unidade de Terapia Intensiva: perspectiva de médicos e enfermeiros	Karla Cristiane Oliveira Silva, Alberto Manuel Quintana, Elisabeta Albertina Nietzsche.	Trata-se de uma pesquisa qualitativa, exploratório-descritiva	2012
5	Obstinação terapêutica como questão ética: enfermeiras de Unidades de Terapia Intensiva.	Karen Knopp de Carvalho, Valéria Lerch Lunardi	Este estudo qualitativo, exploratório descritivo.	2009

Fonte: Elaborado pelas autoras.

Observou-se que, dos cinco artigos publicados (dois em 2016, um em 2014, um em 2012 e um em 2019), dois foram publicados em 2016, o que denota uma tendência crescente sobre o interesse pelo tema em estudo, numa tentativa de melhorar a assistência prestada ao paciente em cuidados paliativos.

Quadro 2 – Categorização dos artigos recuperados quanto aos objetivos. Fortaleza, CE, 2019

Nº	OBJETIVOS
1	Analisar as concepções das enfermeiras sobre o cuidado aos pacientes em prolongamento artificial da vida em UTI.
2	Reconhecer a percepção dos profissionais da equipe de saúde que atuam em unidade de terapia intensiva, acerca das situações de Ortotanásia e Distanásia.
3	Compreender a percepção do enfermeiro de UTI sobre obstinação terapêutica à luz do referencial bioético da vulnerabilidade.
4	Compreender as representações sociais de médicos e enfermeiros sobre o investimento excessivo no paciente terminal em Unidade de Terapia Intensiva Adulto.
5	Compreender como enfermeiras de UTIs vêm enfrentando a aplicação de medidas terapêuticas que reconhecem como fúteis.

Fonte: Elaborado pelas autoras.

No quadro 2 revela que todos artigos estudados enfatizaram sobre as percepções dos profissionais acerca da obstinação terapêutica, os estudos 1, 4 e 5 fizeram referência ao uso de medidas terapêutica fúteis para manter a pessoa viva à luz do entendimento dos profissionais. O artigo 2 fez um reconhecimento sobre as opiniões dos profissionais acerca da distanásia e da ortotanásia. Três dos estudos foram realizados somente com enfermeiros.

Quadro 3 – Categorização dos artigos recuperados quanto aos resultados. Fortaleza, CE, 2019

Nº	RESULTADOS
1	As enfermeiras acreditam que deve existir limitação nas condutas terapêuticas e consideram o prolongamento artificial da vida fonte geradora de sofrimento para o paciente.
2	A percepção dos profissionais de saúde referente à Ortotanásia e à Distanásia exige discussões referentes aos conceitos éticos que envolvem as intervenções no processo de morte, possibilitando um embasamento da equipe multiprofissional, familiares e pacientes na tomada de decisão no final da vida.
3	Na categoria desconhecimento do conceito, as enfermeiras demonstram, em suas falas, o desconhecimento dos conceitos de distanásia e obstinação terapêutica, não sabiam defini-las e, quando o fizeram, acreditavam que eram termos diferentes, além de algumas vezes utilizá-los como sinônimos do termo eutanásia. O desconhecimento do conceito acaba por determinar um despreparo para identificar as situações de obstinação terapêutica, posicionar-se diante da equipe e a enfrentar situações nas quais o tema está envolvido.
4	Concluiu-se que estes profissionais constroem suas representações sociais sobre obstinação terapêutica, partindo dos pedidos obstinados da família do paciente terminal para instituir medidas fúteis; das dificuldades de tomadas de decisão e da ausência de critérios quanto aos investimentos; e do receio das repercussões ético-legais em relação às decisões tomadas.
5	O trabalho demonstra a necessidade de avaliar as medidas terapêuticas a serem utilizadas com pacientes em processo de morrer e de morte, de modo que possam viver a fase final de sua vida com qualidade. Quando a cura não é mais possível, é necessário cuidar, respeitando a integridade da pessoa doente, pois o cuidado é a base do exercício profissional da enfermagem.

Fonte: Elaborado pelas autoras.

No artigo 1, os autores evidenciaram que os enfermeiros têm opiniões que o prolongamento artificial da vida podem gerar sofrimento para o paciente e o melhor seria limitar estas condutas terapêuticas para evitar mais sofrimento ao paciente e familiares.

O estudo 2 ressalta que a percepção dos profissionais de saúde referente ao assunto exige discussão sobre aspectos éticos, neste processo de morte, envolvendo profissionais, pacientes e familiares na tomada de decisão.

Em relação ao estudo 3, verificou-se que os profissionais desconhecem o conceito distanásia e obstinação terapêutica, achando que eram termos diferentes, achando que era sinônimo de eutanásia, ficando notório o despreparo dos profissionais diante de situações de obstinação terapêutica, dificultando tomada de decisões destes profissionais nestas situações.

Quanto ao artigo 4 observou-se que os profissionais obedecem os pedidos das famílias que não aceitam a finitude do seu ente querido e aplicam medidas fúteis na terapêutica do paciente e, também, por receio das repercussões éticas sobre as tomadas de decisões.

O trabalho demonstra a necessidade de avaliar as medidas terapêuticas a serem utilizadas com pacientes em processo de morrer e de morte, de modo que possam viver a fase final de sua vida com qualidade. Quando a cura não é mais possível, é necessário cuidar, respeitando a integridade da pessoa doente, pois o cuidado é a base do exercício profissional da enfermagem

O artigo 5 destaca a qualidade de vida dos pacientes no fim da vida, respeitando a integridade da pessoa doente, demonstrando a necessidade de avaliar as medidas terapêuticas tomadas para este paciente em processo de morte.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Durante a busca deste estudo percebe-se que precisa ter mais estudo nesta área, pois os artigos achados todos se referem somente à percepção dos profissionais acerca da temática.

Sugere-se que a obstinação terapêutica seja evitada para que um cuidado humanizado seja dedicado ao paciente em fim de vida e as condutas frente à finitude humana sejam empregadas para um enfrentamento da dificuldade do processo de morrer pelos profissionais e familiares.

Em quase todos os estudos os profissionais reconhecem que a obstinação terapêutica com suas medidas fúteis proporciona um fim de vida com prolongamento de sofrimento dos pacientes e familiares. Recomenda-se que nas instituições hospitalares haja um maior envolvimento da alta gestão na elaboração de protocolos aonde estes profissionais possam se respaldar na sua tomada de decisões de uma forma ética, não deixando a família, que naquele momento está fragilizada, se responsabilize pela terapêutica do paciente.

REFERÊNCIAS

FERREIRA, J. M. G.; NASCIMENTO, J. L.; SÁ, F. C. de. Profissionais de saúde: um ponto de vista sobre a morte e a distanásia. **Rev. bras. educ. med.**, Brasília, v. 42, n. 3, p. 87-96 set. 2018. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022018000300087&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 23 jun. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/1981-52712015v42n3rb20170134>

MACHADO, K. D. G.; PESSINI, L.; HOSSNE, W. S. A formação em cuidados paliativos da equipe que atua em unidade de terapia intensiva: um olhar da bioética. *Bio. V.* 1, n. 1, p. 34-42, 2007.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. de C. P.; GALVAO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 758-764, Dec. 2008. Available from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072008000400018-&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 20 jun. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072008000400018>.

PESSINI, L. Distanásia: algumas reflexões bioéticas a partir da realidade brasileira. **Revista bioética.** V. 12, n. 1, p. 39- 60, 2005. Disponível em:http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/120/125. Acesso em: 23 de jun. 2019.

SANTOS, F. P. P. G.; COMASSETTO, I.; PORCIUNCULA, A. I. C.; SANTOS, R. M.; FERREIRA, F. A. S.; MAGALHÃES, A. P. N. Ortotanásia e distanásia: percepção dos profissionais de saúde de uma unidade de terapia intensiva. **Ciência, cuidado e saúde.** V. 14, n. 2, p. 288-296, 2016. Disponível em: < <http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/26017/17481>. Acesso em: 25 jun. 2019.

SILVA, R. S.; EVANGELISTA, C. L. S.; SANTOS, R. D.; PAIXÃO, P. N.; MARINHO, C. L. A.; LIRA, G. G. Percepção de enfermeiros intensivistas de hospital regional sobre distanásia, eutanásia e ortotanásia. **Revista Bioética.** V.4, n.3, p. 579- 589, 2016. Disponível em http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/1153/1564. Acesso em: 23 jun. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/1983-80422016243157>

SILVA, K. C. O.; QUINTANA, A.M.; NIETSCHE, E. A. Obstinação terapêutica em terapia intensiva: perspectiva de médicos e enfermeiros. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, p. 697-703, dez. 2012. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452012000400008&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 23 jun. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452012000400008>.

CAPÍTULO 10

ASPECTOS HISTÓRICOS DA ESPIROMETRIA E SEU USO NAS DOENÇAS RESPIRATÓRIAS: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

*Cynthia de Oliveira Vaz
Thereza Maria Magalhães Moreira*

INTRODUÇÃO

A espirometria é entendida como prova de função pulmonar e tem como principais objetivos: detectar precocemente as disfunções pulmonares obstrutivas; detectar ou confirmar as disfunções pulmonares restritivas; diferenciar uma doença obstrutiva funcional de uma obstrutiva orgânica; avaliar a evolução clínica de uma pneumopatia e parametrizar recursos terapêuticos por meio de testes pré e pós-intervenção terapêutica, atualmente muito empregada na fisioterapia respiratória ambulatorial; avaliar o risco cirúrgico (por meio de decúbito alternado); direcionar condutas em pacientes cardiopatas e, por fim, subsidiar a avaliação da saúde do trabalhador, especialmente no controle de riscos industriais.

Destaca-se algumas contraindicações que impedem a realização da espirometria, tais como: aneurisma de aorta torácica, hemoptise, angina recente, descola-

mento de retina, crise hipertensiva e edema pulmonar. Com esse exame são avaliados alguns parâmetros principais, como: capacidade vital forçada (CVF), VEF e relação VEF/CVF, conhecida como índice de Tiffeneau.

Os valores previstos por meio da espirometria irão receber variação devido ao gênero do paciente, à raça, à idade e à altura. Todavia, para padronizar os resultados do exame, os principais *guidelines* utilizam valores fixos na sua interpretação. Os critérios para avaliação da resposta ao broncodilatador diferem entre a Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia (SBPT) e a Sociedade Torácica Americana e a Sociedade Respiratória Europeia ATS/ERS.

Para a SBPT, quando ocorre aumento do VEF1 de 7% em relação ao valor previsto e de 200mL em valor absoluto, após inalação de beta-2 agonista de curta duração, diz-se que o paciente possui prova broncodilatadora positiva. Se o paciente não apresentar obstrução basal, é exigido aumento de 10% em relação ao valor previsto. Para a ATS/ERS, uma resposta broncodilatadora é considerada positiva quando ocorre aumento maior ou igual a 12% e maior ou igual a 200mL do VEF ou da CVF, 15 a 20 minutos após a inalação do broncodilatador de curta ação (salbutamol 400µg).

Embora sejam recomendadas as medidas de VEF antes e após o broncodilatador para o diagnóstico e o estadiamento da asma e da DPOC, a avaliação da resposta ao broncodilatador não deve ser utilizada como diagnóstico diferencial com asma ou preditor da resposta ao tratamento com broncodilatador e/ou corticosteroides inalatórios.

Levando em consideração a importância da espirometria para a identificação de doenças respiratórias comuns o desenvolvimento desta pesquisa emergiu da curiosidade em se conhecer sua evolução histórica, já que na década de 1840, o cirurgião John Hutchinson (Medical History) projetou o espirômetro e ele passou por muitas adaptações ao longo dos anos. Portanto, objetivou-se levantar a historicidade do uso da espirometria na avaliação das doenças respiratórias ao longo do tempo, com ênfase nos seus marcos históricos.

MÉTODOS

Trata-se de uma revisão integrativa. Para a construção da revisão integrativa foi percorrido seis etapas distintas, sendo elas a identificação do tema e seleção da hipótese ou questão de pesquisa; estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos/amostragem ou busca na literatura; definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados/categorização dos estudos; avaliação dos estudos incluídos; interpretação dos resultados; e apresentação da revisão/síntese do conhecimento.

Dessa maneira, o estudou buscou responder à seguinte questão de pesquisa foi: como se deu a evolução histórica do uso da espirometria na avaliação das doenças respiratórias?

Partindo desse questionamento, as fontes de busca foram o banco de dados da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) por meio da Literatura Latino-Americana e do Caribe

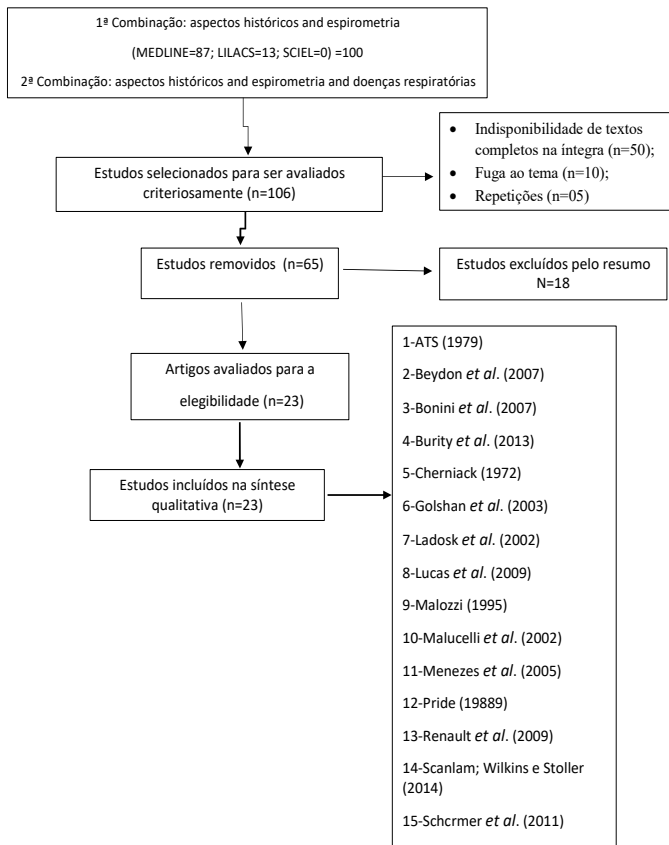
em Ciências da Saúde (LILACS) e Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE). Além dessas bases, também foi utilizada a Scientific Electronic Library Online (SciELO) por meio dos operadores booleanos “e/ou” (em português) e “and/or” (em inglês) que foram usados com os seguintes descritores em português: Espirometria; Utilidade; Aspectos Históricos. Esses descritores foram usados de forma combinada nas bases de dados indicadas.

A presente pesquisa foi realizada no período de abril de 2019 a junho de 2019, em que as pesquisas selecionadas para compor o estudo obedeceram aos seguintes critérios de inclusão: retratar a evolução história da espirometria, bem como suas formas de realização e interpretação, em língua portuguesa e em inglês. Também foram selecionadas pesquisas originais, disponíveis na íntegra, tese de mestrado e doutorado. Foram excluídos estudos que não retrataram a temática em pauta, as duplicações e as pesquisas de revisão. Foram identificados apenas 106 (LILACS=55; MEDLINE=30; SCIELO=21) artigos nas bases de dados selecionados, dos quais apenas 23 pesquisas respondiam aos objetivos propostos, conforme mostra a figura 1.

Os resultados dos artigos que foram avaliados e os principais resultados foram apresentados em um quadro síntese, o qual mostrou responder aos objetivos propostos. Também foi construído uma tabela para caracterizar a autoria, ano do estudo, periódico, base de dados e metodologia adotada das pesquisas selecionadas para compor este estudo. Posteriormente, os resultados dos estudos analisados foram organizados

de acordo com a similaridade das informações em categoria temática.

Figura 01 - Método de Seleção dos Estudos Incluídos na Revisão



Fonte: LILACS e MEDLINE

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Evolução da espirometria no diagnóstico de doenças respiratórias

Na década de 1840, o cirurgião John Hutchinson (Medical History, 1977) projetou o espirômetro mais semelhante aos empregados até a atualidade, criado a partir de um sino calibrado imerso em água. Hutchinson criou o termo “capacidade vital” (CV) e registrou a sua medida em mais de 2.000 pessoas. Ele observou a sua relação com a altura e a idade e acreditou que a medida era um poderoso preditor de longevidade, observações atualmente relevantes. Em 1947, Robert Tiffeneau, um farmacologista francês que estudava os efeitos bronco-motores da acetilcolina e da histamina, publicou observações sobre expirações forçadas que incluíam o elemento tempo, definindo o VEF1 e a razão entre o VEF1 e a CVF.

O estudo anterior serviu de marco para o seguimento de várias pesquisas, no intuito de determinar os valores de referência para a capacidade vital, cada vez mais detalhados, passando a levar em consideração outros fatores que influenciam os parâmetros de função pulmonar, como sexo, raça, idade e puberdade.

É importante destacar que, devido à inconstância dos dados, os pesquisadores enfrentavam dificuldades para compará-los. Desse modo, impulsionados por este problema, especialistas de várias nações reuniram-se em 1978, sob a chancela ATS, com o objetivo de pa-

dronizar a avaliação da função pulmonar. Em 1980 essa padronização foi revisada por Taussig *et al.*, (1980) que buscaram adaptá-la à faixa etária pediátrica. Em seguida, no ano de 1983, a European Community for Coal and Steel (ECCS), reuniu especialistas que alteraram alguns pontos da padronização da ATS.

Em 1992, Stewart avaliou a capacidade vital de 2700 crianças, levando em consideração idade, peso, altura sentada (comprimento do tronco) e sexo. Todavia, os autores continuavam a encontrar dificuldades por causa da grande variabilidade dos resultados obtidos nas diferentes populações. No entanto, este estudo serviu para padronização e a ATS atualizou seus critérios em 1987. A partir de então, periodicamente, a ATS em conjunto com a European Respiratory Society (ERS), vem sendo atualizada periodicamente.

Entre a década de 80 e 90 a espirometria passou a ser realizada com maior frequência em adolescentes e crianças, refletindo constantemente a preocupação em padronizar valores para as diversas faixas etárias, fazendo com que atualizações fossem realizadas pela ATS e a ERS, especialmente as crianças em idade pré-escolar.

Kivastik e Kingisepp (2001) avaliaram com espirômetro 1170 crianças estonianas saudáveis, com idade entre seis e 18 anos, objetivando descrever a relação entre parâmetros antropométricos e função pulmonar, determinar valores de referência para a espirometria e comparar os resultados com os de outras pesquisas. Esses autores encontraram valores semelhantes aos de crianças europeias pré-púberes, mas em relação à capa-

cidade vital forçada e ao volume expiratório forçado no primeiro segundo, foram encontradas diferenças significativas, principalmente entre os pacientes com maior altura.

No Brasil, são dois os principais estudos que determinaram valores de referência para a função pulmonar em crianças: o primeiro, realizado por Torres, com crianças de seis a 10 anos da cidade de Ribeirão Preto. Este autor optou pela regressão linear simples, escolhendo a estatura como variável preditora. O segundo estudo foi realizado por Malozzi (1995), que avaliou crianças e jovens da cidade de São Paulo, entre seis e 18 anos, e também escolheu a regressão linear simples para a estatura, que em seu estudo apresentou valores de coeficiente de determinação semelhantes aos da função logarítmica, exponencial ou de potencial.

Em outro estudo no Brasil foi avaliada equações para valores teóricos de dados espirométricos, fazendo uma comparação com as equações de Mallozi com as de Polgar, que são as mais utilizadas na Europa e América do Norte. Os valores teóricos de CVF e VEF1 para crianças brasileiras, propostos por Mallozi, diferiram significativamente dos valores teóricos de Polgar. Os autores concluíram que a equação de Mallozi é mais fidedigna para identificar dificuldade obstrutiva que a de Polgar, e que, por traduzir melhor a realidade brasileira, deve ser utilizada como equação de escolha para crianças no Brasil.

Em dias atuais um dos primeiros exames a ser solicitado em situações de suspeita de afecções respi-

ratórias é a espirometria, em especial asma e a doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC). Esse exame é capaz de detectar a presença e avaliar a gravidade dos distúrbios ventilatórios, pois mede os fluxos e os volumes pulmonares

A espirometria é utilizada em todo o mundo em estudos de fisiologia pulmonar. Essa grande utilização deve-se também ao fato de ser um teste de baixo custo e de fácil realização, apesar de necessitar da cooperação do paciente. A espirometria, por estes motivos, é muito útil em estudos clínicos e em pesquisa, sendo o exame mais utilizado em crianças e adultos com doenças respiratórias.

Estudos concordam que a espirometria é um exame simples de realizar, seus resultados representam uma interação complexa de múltiplos elementos dentro do sistema respiratório. A responsabilidade para a realização e interpretação da espirometria é prerrogativa dos pneumologistas e fisioterapeutas. Esses profissionais, mesmo treinados, realizam e interpretam, frequentemente, espirometria de modo inadequado, de forma que a realização por não especialistas não é recomendada.

A determinação do que venha a ser ou não uma anormalidade em espirometria, apesar das tabelas de valores previstos já existentes, continua a ser objeto de estudo e de muito questionamento, especialmente quando se considera a validade ou não da universalidade das tabelas de valores previstos, sobretudo quando esta foi construída a partir de amostra de população

restrita a uma região. Além disso, uma boa interpretação do conjunto dos valores constitui um procedimento cauteloso, que deve ser adotado a fim de estabelecer, com segurança, se há ou não anormalidade espirométrica e qual seu tipo.

As equações de regressão linear simples e múltipla são as análises mais utilizadas nos estudos de espirometria. Nas duas equações, a estatura é a variável que tem apresentado maior correlação com os parâmetros de função pulmonar (PFE, CVF, VEF1 e FEF25-75). Apesar da grande utilização dessas equações, os valores de referência apresentam diferenças entre as diversas populações e grupos étnicos.

Levando em consideração a possibilidade de resultados positivos falsos levou uma força-tarefa dos EUA a desaconselhar o uso da espirometria para investigar a presença de DPOC em adultos. No entanto, há evidências recentes de que o uso da espirometria para investigar pacientes de alto risco reduz os resultados positivos falsos; ademais, novas opções de tratamento para pacientes com DPOC têm se mostrado eficazes em alterar a história natural da doença, reforçando a importância do diagnóstico precoce.

A presença de obstrução ao fluxo expiratório na fase pós-broncodilatação, definida como Volume Expiratório Forçado no Primeiro Segundo (VEF1)/Capacidade Vital Forçada (CVF) <0.7 , representa o marco fisiopatológico da doença. Esta definição, proposta pela Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD), é simples, não depende de valores preditos, é validada

em inúmeros estudos e permite avaliação sucinta para o médico generalista, embora leve a um menor número de diagnósticos entre pacientes com menos de 45 anos.

Cinco especialistas respiratórios avaliaram dados espirométricos e a história de 156 pacientes selecionados aleatoriamente de encaminhamentos para um serviço de asma / DPOC e identificaram que reduções no VEF1 refletem a resistência dentro da árvore traqueobrônquica, o estado das propriedades elásticas dos pulmões, o volume absoluto de ar em comunicação com os brônquios, o esforço muscular realizado e a motivação do paciente. É importante ressaltar que o VEF1, por sua boa reprodutibilidade, tem sido a medida isolada mais acurada para estabelecer a gravidade da limitação ao fluxo aéreo e a resposta imediata ao uso de broncodilatador.

Sobre os valores de referência, Burit *et al.* (2013) afirmam que diversos fatores como idade, puberdade, gênero e raça, influenciam os valores de referência espirométricos obtidos em diferentes populações. Sugere-se que em cada local onde são realizados testes de função pulmonar sejam produzidos os próprios valores de referência.

Em 98 atletas de elite, outro estudo mostrou que a espirometria não é um instrumento de diagnóstico para asma subclínica. O teste de alergia e a espirometria devem ser realizados rotineiramente em atletas devido à alta prevalência de alergia, rinite e asma nessa população. No entanto, o valor preditivo desses testes e dos testes de provocação brônquica realizados neste estudo parece muito baixo para documentar a asma leve ou

subclínica em atletas, sugerindo que o teste de reatividade brônquica seria a melhor opção.

A espirometria não seria sensível para detectar asma nos atletas devido aos valores basais da espirometria estarem acima dos 100% previsto para estes indivíduos. Os testes de alergia e espirometria têm baixo valor preditivo positivo para diagnóstico de asma nos atletas. O teste de hiperreatividade brônquica com metacolina seria o melhor teste para detecção de asma leve ou subclínica neste grupo de indivíduos.

Já em outro estudo buscou-se analisar se há alteração no resultado do exame espirométrico executado por escolares saudáveis, quando realizado em dias diferentes em Florianópolis-SC. Vinte e duas crianças foram analisadas, com média de idade de $9,3 \pm 1,1$ anos. Todos os parâmetros espirométricos apresentaram redução numérica no decorrer dos dias avaliados, no entanto, sem diferença significativa. Na análise da reprodutibilidade da espirometria, os testes apresentaram coeficiente de correlação intraclasse $>0,70$. Não houve alteração do resultado da espirometria executada por escolares saudáveis em três dias distintos.

Exames espirométricos realizados bimestralmente, durante um ano, também já foram objetos de investigação. Apesar de os autores constatarem melhora dos resultados obtidos no decorrer do tempo, após avaliarem 1.135 testes, verificaram que a evolução foi lenta, tardia e não apresentou significância estatística nem clínica. Os autores afirmaram que a falta de conhecimento e de experiência dos pacientes quanto ao exame não interferiram nos resultados.

Outro estudo alerta para o fato de que os valores de referência para testes de função pulmonar diferem em amostras de diferentes países, incluindo valores para pré-escolares. Foi realizado estudo prospectivo, com aplicação de questionário a 425 crianças pré-escolares com idade variando entre três e seis anos, provenientes de escolas e creches públicas e privadas de uma cidade metropolitana do Brasil. Foi possível constatar que curvas expiratórias completas são de mais difíceis obtenção em pré-escolares. Além da estatura, o sexo também influencia nas medidas de CVF e VEF1. Foram definidos valores de referência para espirometria em crianças pré-escolares, nessa população, aplicáveis a populações semelhantes.

Malucelli e colaboradores (2007) verificaram a relação entre gravidade da asma e valores de espirometria em crianças e adolescentes asmáticos. Foi realizado estudo retrospectivo com 234 pacientes asmáticos submetidos à espirometria, em aparelho Collins GS 4G PFT, de acordo com os critérios estabelecidos pelas Diretrizes para Teste de Função Pulmonar (2002). A partir de dados de anamnese e exame físico foi determinada a classificação clínica da asma. Os dados foram analisados por meio de teste ANOVA paramétrico e não paramétrico. Neste grupo de pacientes, os valores de VEF1 basal não estavam associados à gravidade da asma, porém houve associação com a resposta broncodilatadora nas formas moderada e grave. A resposta broncodilatadora pode ser um indicador da gravidade da asma.

CONCLUSÃO

Foi possível evidenciar que a historicidade do uso da espirometria no diagnóstico de doenças respiratórias vem acontecendo há muito tempo, e com a evolução das tecnologias e estudos comparativos foi possível formular os parâmetros espirométricos e avaliar esses parâmetros de acordo com as modificações por determinados fatores individuais, tais como idade, sexo, raça e puberdade, bem como doenças correlacionadas. Dessa forma, a interpretação da espirometria deve ser feita por comparação com valores de referência bem definidos e regulamentados.

Portanto, a espirometria continua sendo o teste diagnóstico funcional inicial mais empregado no meio respiratório, por ser um exame simples de realizar e seus resultados representam uma interação complexa de múltiplos elementos dentro do sistema respiratório.

REFERÊNCIAS

AMERICAN THORACIC SOCIETY; European Respiratory Society. Recommendations for standardized procedures for the online and offline measurement of exhaled lower respiratory nitric oxide and nasal nitric oxide in adults and children. **Am. J. Respir. Crit. Care Med.** v. 171, n. 8, p. 912-30, 2005.

BEYDON, N.; DAVIS, S. D.; LOMBARDI, E.; ALLEN, J.L.; ARETS, H. G.; AURORA, P. *et al.* An official American Thoracic Society/European Respiratory Society statement: pulmonary function testing in preschool children. **American journal of respiratory and critical care medicine**, v. 175, n. 12, p. 1304-45, 2007.

BONINI, M.; LAPUCCI, G.; PETRELLI, G.; TODARO, A.; PAMICH, T.; RASI, G.; BONINI, S. Predictive value of allergy and pulmonary function tests for the diagnosis of asthma in elite athletes. **Allergy**, v. 62, n. 10, p. 1166-170, 2007.

BURITY, E. F.; PEREIRA, A. C.; RIZZO, J. A.; BRITO, M. C.; SARINHO, E. S. Reference values for spirometry in preschool children. **J Pediatr.** (Rio J), v. 89, n. 4, p. 374-80, 2013.

CHERNIACK, R. R.; RABER, M. B. Normal standards for ventilatory function using an automated wedge spirometer. **The American review of respiratory disease**, v. 106, n. 1, p. 38-46, 1972.

DEROM, E. E.; WEEL, C. V.; LIISTRO, G.; BUFFELS, J.; SCHERMER, T.; LAMMERS, E.; WOUTERS, E.; DECRAMER, M. Primary care spirometry. **Eur. Respir. J.**, v. 31, p.197-203, 2008.

ETEMADINEZHAD, S.; ALIZADEH, A. Valores de referência para espirometria em adultos saudáveis na província de Mazandaran, Irã. **J. Bras Pneumol**, v. 37, n. 5, p. 615-20, 2011.

GOLSHAN, M.; NEMATBAKSH, M.; AMRA, B.; CRAPO, R.O. Spirometric reference values in a large Middle Eastern population. **Eur Respir J.**, v. 22, n. 3, p. 529-34, set. 2003.

KIVASTIK, J.; KINGISEPP, P.H. Spirometric reference values in Estonian schoolchildren. **Clin Physiol.**, v. 21, n. 4, p. 490-7, 2001.

KREIDER, M. Pulmonary function testing. A.C.P. **Medicine**, Ontario, Canadá, p. 1-14, 2010.

LADOSKY, W.; ANDRADE, R. T.; LOUREIRO, N. G.; BOTELHO, M. A. Comparação entre os valores teóricos para alguns dados espirométricos em crianças determinados pelas equações de Mallozi e Polgar. **J Pneumol.**, v. 28, p. 125-30, 2002.

LUCAS, A. E. M.; SMEENK, F. J.; VAN DEN BORNE, B. E.; SMEELE I. J.; VAN SCHAYCK, C. P. Diagnostic assessments of spirometry and medical history data by respiratory specialists supporting primary care: are they reliable? **Primary Care Respiratory Journal**, v. 18, n. 3, p. 177-84, 2009.

MALLOZI, M. C. **Valores de referência para espirometria em crianças e adolescentes, calculados a partir de uma amostra da cidade de São Paulo.** São Paulo: Universidade Federal de São Paulo, 1995.

MALUCELLI, M.; ROSÁRIO, N. A.; RIEDI, C. A.; KOVALHOK, C. A. R.; BARROS, J. Á. Acurácia da espirometria na classificação da gravidade da asma em crianças e adolescentes. **Rev. bras. alerg. imunopatol.**, v. 30, n. 1, p. 27-31, 2007.

MATTOS, W. L. L. D.; SIGNORI, G. H.; BORGES, F. K.; BERGAMIN, J. A.; MACHADO, V. Acurácia do exame clínico no diagnóstico da DPOC. **J Bras Pneumol.**, v. 35, n. 5, p. 404-408, 2009.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto Contexto Enferm.**, v. 17, n. 4, p. 758-64, 2008.

MENEZES, A. M. B.; JARDIM, J. R.; PÉREZ-PADILLA, R.; CAMELIER, A.; ROSA, F.; NASCIMENTO, O. *et al.* Prevalence of chronic obstructive pulmonary disease and associated factors: the PLATINO Study in São Paulo, Brazil. **Cad. Saúde Pública**, v. 21, n. 5, p. 1565-1573, 2005.

PRIDE, N. B. Revision of the European Community for Coal and Steel Questionnaire on Respiratory Symptoms. **Eur Respir J**, v. 2, p. 697-9, 1989.

RENAULT, J. A.; VAL, R. C. R.; ROSSETTI, M. B.; HOURI, NETO M. Comparison between deep breathing exercises and incentive spirometry after CABG surgery. **Rev. Bras. Cir. Cardiovasc.**, v. 24, n. 2, p. 165-72, 2009.

SCANLAN, C. L.; WILKINS, R. L.; STOLLER, J. K. **Fundamentos da terapia respiratória de Egan.** 7. ed. São Paulo: Manole, 2014.

SCHERMER, T. R.; AKKERMANS, R. P.; CROCKETT, A. J.; MONTFORT, M.; GROOTENSSTEKELBURG, J.; STOUT, J. W. *et al.* Effect of e-Learning and Repeated Performance Feedback on Spirometry Test Quality in Family Practice: A Cluster Trial. **Ann Fam Med.**, v. 9, p. 330-6, 2011.

SCHNEIDER, R.; GINDNER, L.; TILEMANN, L.; SCHERMER, T.; DINANT, G. J.; MEYER, F. J.; SZECSENYI, J. Diagnostic accuracy of spirometry in primary care. **B.M.C. Pulmonary Medicine**, v. 9, n. 31, p. 1- 10, 2009.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia para o Manejo da Asma – 2012. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, v. 38, supl. 1, p. S1-S46, 2012.

STWART, C. Vital capacity of lungs in children. **Am J Dis Child.**, v. 24, p. 451, 1992.

SYLVESTER, K.; MILLIGAN, P.; PATEY, R.; RAFFERTY, G.; GREENOUGH, A. Lung volumes in healthy afro-caribbean children age 4-7 years. **Pediatr. Pulmonol.**, v. 40, p. 109-12, 2005.

TAUSSIG, L. M.; CHERNICK, V.; WOOD, R.; FANEL, P.; MELLIUS, R. B. Standardization of lung function testing in children. **J Pediatrics.**, v. 97, p. 668-76, 1980.

TORRES, L. A. **Valores de referência de função pulmonar em crianças de Ribeirão Preto**. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, 1992.

TRINDADE, A. M.; SOUSA, T. L. F.; ALBUQUERQUE, A. L. P. A interpretação da espirometria na prática pneumológica: até onde podemos avançar com o uso dos seus parâmetros? **Pulmão**. v. 24, n. 1, p. 3-7, 2015.

U.S. PREVENTIVE SERVICES TASK FORCE. Screening for chronic obstructive pulmonary disease using spirometry: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement. **Ann Intern Med.**, v. 148, n. 7, p. 529-34, 2008.

ZIELISKI, J.; BEDNAREK, M. Know the Age of Your Lung Study Group. Early detection of COPD in a high-risk population using spirometric screening. **Chest**. v. 119, n. 3, p. 731-6, 2001.

INCIDENTES TRANSFUSIONAIS: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Francisco Daniel Rodrigues Da Silva
Francisco José Maia Pinto

INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que todos os anos, dezenas de milhares de pessoas sofrem danos desnecessários causados por serviços de saúde inseguros (WHO, 2008). As consequências acarretam prejuízos nos resultados clínicos e funcionais dos pacientes, insatisfação da população usuária e custos desnecessários para os serviços de saúde e o sistema (BRASIL, 2015a).

Os danos podem ser de vários tipos, incluindo-se doenças, lesão, sofrimento, incapacidade e morte. Por outro lado, os incidentes de segurança são eventos ou circunstâncias que poderiam ter resultado, ou resultaram, em dano desnecessário ao paciente (BRASIL, 2013a).

Incidentes que resultam em dano ao paciente são denominados Eventos Adversos (EA) (BRASIL, 2013a). Por não se dever à evolução natural da doença de base, a ocorrência de EA é um indicador da distância entre o

cuidado ideal e o cuidado real, sendo o enfrentamento deste problema um desafio para a qualidade dos serviços de saúde.

Nesse contexto, o relatório “Errar é Humano”, publicado pelo Institute of Medicine (IOM), em 1999, constitui um marco referencial para a Segurança do Paciente, por alertar que nos Estados Unidos da América (EUA) um elevado número de mortes era atribuído aos eventos adversos (EA) relacionados à assistência à saúde, sendo essa incidência mais elevada do que as mortes por câncer de mama e Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA).

Em 2013, o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) foi instituído pela Portaria GM n°. 529 de 1º de abril de 2013, a fim de atender, entre outros, à demanda de prevenção de eventos adversos em serviços de saúde (BRASIL, 2013b).

Os artigos e relatórios vêm, ultimamente, trazendo notoriedade sobre a problematização do erro e dos eventos adversos na atenção à saúde, sugerindo a necessidade de se implementar medidas urgentes para realização e manutenção do cuidado qualificado, a fim de reduzir riscos e, por consequência, eventos adversos (BRASIL, 2013b).

Com a terapia transfusional não é diferente. Por se tratar de um procedimento comum nos ambientes hospitalares, o risco do dano está presente. O sangue é o órgão mais transfundido no mundo, com cerca de 14 milhões de unidades de concentrados de hemácias transfundidas a cada ano. Os dados sobre as transfu-

sões de sangue no Brasil apresentam, para o ano de 2015, o quantitativo de 3.385.651 procedimentos realizados (BRASIL, 2004a).

A terapia transfusional constitui a administração intravenosa de sangue total, hemocomponentes ou hemoderivados proveniente da doação de sangue, e está alicerçada na Lei nº 10.205, de 21 de março de 2001 (BRASIL, 2014).

A indicação de um hemocomponente é uma conduta médica, que surge a partir da necessidade de estabilizar hemodinamicamente o usuário por diversos motivos, sejam eles sangramentos, distúrbios nos fatores de coagulação, plaquetopenia ou outros.

Por definição, os hemocomponentes são preparações obtidas pelo processamento após centrifugação das bolsas de sangue total. Podem ser obtidos, também, mediante aféreses. A esterilidade é fundamental durante este processo empregando-se métodos assépticos, equipamentos e soluções estéreis livres de pirogênicos.

É válido ressaltar, que mesmo com indicação precisa e administração correta, a transfusão sanguínea envolve risco sanitário. Podem acontecer reações de diversas naturezas, as quais são classificadas em imediatas ou tardias. As reações imediatas ocorrem durante a transfusão ou em até 24 horas após o procedimento. As tardias acontecem depois de 24 horas da transfusão (BRASIL, 2004b).

Define-se por hemovigilância, o conjunto de procedimentos de vigilância que abrange todo o ciclo do sangue, objetivando disponibilizar informações sobre os

possíveis eventos adversos ocorridos nas diversas etapas para prevenir seu aparecimento ou recorrência, melhorar a qualidade dos processos e produtos e aumentar a segurança do doador e receptor (BRASIL, 2013). Os incidentes relacionados à hemovigilância ganham destaque pela grande possibilidade de serem fatais.

Segundo a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), em 2015, houve um aumento de mais 600% de notificações registradas no sistema desde 2007, além do crescimento médio anual de pouco mais de 26% que indica crescente adesão dos profissionais e serviços de saúde ao sistema de hemovigilância (BRASIL, 2004a). Conclui-se que o Brasil reduziu de maneira importante a subnotificação nos sete anos de monitoramento, conseguindo se aproximar, na média nacional, de parâmetros internacionais com a subnotificação estimada de cerca de 5,4% (BRASIL, 2010).

No contexto da segurança do paciente, mais do que atualizar conceitos, os profissionais de saúde precisam compreender a importância de se utilizar os incidentes como uma oportunidade para o aprendizado e implementar ações que oportunizem uma maior segurança para doadores e receptores. Mais do que conhecer os tipos de incidentes notificados, é necessário prevenir sua ocorrência.

A partir de uma investigação detalhada das situações, é possível evidenciar as variáveis envolvidas nessas ocorrências indesejáveis e, por conseguinte, elaborar metas estratégicas para uma melhor organização do processo de trabalho, voltando o foco para cuidado seguro e centrado nos usuários.

O interesse por esta pesquisa surgiu a partir da vivência do autor na atuação como enfermeiro de unidades hospitalares. Em sua grande maioria, os incidentes passavam despercebidos pela equipe de enfermagem, que atrelavam as manifestações ao quadro clínico ou às medicações. Frente ao exposto, o presente estudo tem o objetivo de investigar os tipos de incidentes mais frequentemente abordados na literatura científica no contexto da hemovigilância, e traçar as estratégias utilizadas pelas instituições de saúde para a prevenção dessas ocorrências indesejáveis.

Material e Método

Para a operacionalização dessa revisão, foram utilizadas as seguintes etapas: definição do tema e da questão norteadora; seleção dos critérios para a definição da amostra; escolha das informações a serem extraídas dos estudos selecionados e categorização dos estudos; avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa e, finalmente, a interpretação dos resultados e apresentação da revisão (GALVÃO; SAWADA; ROSSI, 2002).

O levantamento bibliográfico foi realizado no mês de maio e junho de 2019 em três bases de dados indexadas: Electronic Library Online (SciELO), Literatura Latino-Americana em Ciências da Saúde (LILACS), Scientific e Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE). Para o levantamento dos artigos, utilizaram-se os descritores controlados da Biblioteca Virtual em

Saúde por meio dos Descritores em Ciências da Saúde, como “incidentes transfusionais” and “hemovigilância” and “reações transfusionais”.

Para a seleção das amostras seguiram-se os seguintes critérios: artigos nos idiomas português, inglês e espanhol, completos e disponíveis eletronicamente; que abordassem a temática relativa aos incidentes transfusionais, hemovigilância e reações transfusionais em pesquisas desenvolvidas e divulgadas no período de 2012 a 2019. Seguiram-se como critérios de exclusão os artigos repetidos. Na busca inicial, 189 artigos foram encontrados. Por meio de dados da leitura dos resumos disponíveis foram excluídos 67 artigos do MEDLINE, 56 da SciELO e 27 artigos da LILACS por apresentarem duplicidade com os artigos apresentados na SciELO. Desse modo, restaram 39 artigos, os quais foram lidos na íntegra. No entanto, destes apenas nove artigos responderam à questão norteadora e definiram a amostra final da presente revisão.

A coleta de informações teve por base um instrumento que foi preenchido para cada artigo da amostra final da revisão. O instrumento utilizado apresentou as seguintes informações: identificação do artigo e autores, fonte de localização, objetivos, delineamento, metodologia, resultados e principais conclusões de cada estudo (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008). Os artigos encontrados foram numerados, conforme a ordem de localização, e os dados organizados a partir da definição das informações a serem extraídas das publicações selecionadas. A essência da revisão integrativa é a catego-

rização dos estudos. Nesse sentido, procedeu-se à apresentação dos resultados e a discussão das informações, de forma descritiva e por meio da construção de um quadro sinóptico, contendo o código do estudo, segundo a classificação de suas pesquisadoras, objetivos; periódico, ano de publicação e características do estudo.

Quadro 1 - Estudos incluídos na revisão integrativa sobre a prática hemoterápica. Fortaleza, CE, 2019

TÍTULO	OBJETIVO DO ESTUDO	PERÍODO/ANO	CARACTERÍSTICAS DO ESTUDO
1. Hemovigilância: a experiência da notificação de reações transfusionais em Hospital Universitário	Analisar as ocorrências de reações transfusionais em pacientes internados, receptores de sangue e hemocomponentes, identificando a frequência das principais reações imediatas, sua gravidade e fatores associados, por meio da análise das reações transfusionais ocorridas e inseridas no Sistema Nacional de Hemovigilância no período de maio de 2002 a dezembro de 2016.	Revista de escola de enfermagem da USP/2018	Local: Hospital Universitário, de caráter filantrópico, com 862 leitos, de alta complexidade, localizado na cidade de São Paulo. Tipo: estudo descritivo, retrospectivo Amostra: 1.548 Fichas, de um total de 1.559, contendo as Notificações de Incidentes Transfusionais de pacientes que receberam transfusão de sangue e hemocomponentes no período entre 2002 e 2016.
2. Hemoterapia e reações transfusionais imediatas: atuação e conhecimento de uma equipe de enfermagem	Verificar o conhecimento da equipe de enfermagem sobre hemoterapia, reações transfusionais imediatas e cuidados indicados diante desses casos.	Revista Mineira de Enfermagem/2017	Local: pronto socorro adulto Tipo: descritivo com abordagem quantitativa Amostra: equipe de enfermagem que compunha o pronto socorro
3. Hemovigilance system implementation at the University Hospital of Uruguay	Identificar as características e frequências das reações adversas relacionadas à transfusão	Revista del Uruguay/2016	Local: Hospital Universitário no Uruguai Tipo: descritivo, observacional, exploratório e retrospectivo. Amostra: 58 reações, 23 identificadas como febril não hemolítica, em que 49 foram consideradas leves, sendo 25 confirmadas. Evidenciou-se dois casos de óbitos: um por TRALI (Lesão Pulmonar Aguda relacionada a transfusão) e outro por contaminação bacteriana.
4. How do we utilize a transfusion safety officer?	Descrever as atividades realizadas pelo TSO (Transfusion Safety Officer) como estratégia de melhoria para a segurança transfusional e garantia de conformidade com a legislação.	Transfusion/2015	Tipo: relato de experiência

TÍTULO	OBJETIVO DO ESTUDO	PERÍODO/ANO	CARACTERÍSTICAS DO ESTUDO
5. Índice de reação transfusional em pacientes submetidos a transfusão em um hemocentro do norte de Minas Gerais.	Analisar o índice de reação transfusional em pacientes submetidos à transfusão sanguínea no ambulatório do Hemocentro Regional da cidade de Montes Claros – MG	Revista Brasileira de pesquisa em ciências da saúde /2015	Local: Monte Carlos/ MG Tipo de estudo: transversal Amostra: pacientes atendidos no ambulatório do Hemocentro. Os dados foram coletados através das fichas de notificação de incidentes transfusionais (FIT's) oriundas de transfusões realizadas.
6. Estimation of the prevalence and rate of acute transfusion reactions occurring in Windhoek, Namibia	Estimar a prevalência real e as taxas de reações transfusionais agudas em Windhoek, na Namíbia, após a implementação do Sistema de Vigilância de Reação Transfusional Aguda.	Blog de Transfusão/2014	Local: Namíbia Tipo: estudo transversal Amostra: 3697 incidentes relacionados a transfusão, destes somente 758 tiveram registro em prontuário e identificadas 28 reações transfusionais agudas e somente um caso foi relacionado a vigilância.
7. Enfermagem na terapia transfusional e hemovigilância: análise da conformidade em um hospital de ensino	Analisar a conformidade da prática do enfermeiro na terapia transfusional e sua participação nas ações da hemovigilância.	Revista Saúde Santa Maria/2014	Local: Hospital de ensino do Oeste do Paraná; Tipo: exploratória descritiva; Amostra: 24 enfermeiros que desenvolviam ações de hemoterapia
8. Blood transfusion reactions in children: associated factors	Analisar o perfil das reações transfusionais em crianças e identificar os fatores intervenientes.	Jornal de pediatria/2013	Local: hospital-escola pediátrico terciário da rede pública. Tipo: Estudo transversal Amostra: todas as crianças internadas de janeiro a julho de 2011 (5437), das quais 1.226 foram hemotransfundidas,
9. Error reporting in transfusion medicine at a tertiary care centre: a patient safety initiative	Identificar os erros no processo de transfusão e suas causas em um hospital de ensino após treinamento da equipe conforme POP da instituição e incentivo em relatar erros.	Clinical Chemistry and Laboratory Medicine/2012	Local: Toronto Canadá Tipo: estudo descritivo Amostra: 285 casos foram associados a transfusão, sendo quatro eventos adversos, 10 sem danos e 271 near misses.

Fonte: Elaborado pelos autores.

RESULTADOS

CARACTERIZAÇÃO DOS ESTUDOS ANALISADOS

Em relação à caracterização dos nove artigos selecionados, estes foram publicados, após o ano de 2012. Tivemos predominâncias nos estudos do tipo quantitativo com maioria na natureza descritiva, transversal, seguidos dos retrospectivos e um relato de experiência.

Em relação às nove publicações, observaram-se três em revista especializada na área de Hemoterapia, três em revistas de ciências e saúde, dois artigos divulgados em periódicos de enfermagem e um em revista de pediatria.

Quanto aos objetivos dos estudos, todos discutiram os incidentes transfusionais e a hemovigilância, descrevendo as reações transfusionais e suas características, sobretudo um estudo apresentou enfoque na prática transfusional e a atuação do enfermeiro na hemovigilância.

Com relação à origem das publicações e da instituição sede dos autores, seguiram apreados os trabalhos internacionais (quatro estudos) com os da região Sudeste (quatro estudos) e somente um estudo da região Nordeste. Esta predominância da região Sudeste pode ser justificada pela concentração de escolas de medicina, de hospitais e cursos de pós-graduação nessa região, o que corrobora com o estudo realizado sobre a produção científica em hematologia, hemoterapia e hemovigilância no Brasil no período de 2006 a 2009 (BRASIL, 2015b).

DISCUSSÃO

A INVESTIGAÇÃO COMO OPORTUNIDADE DE MELHORIA DO SERVIÇO

Os incidentes transfusionais em Toronto, Canadá, por Maskens *et al.* (2014) durante os anos de 2005-2010 apresentam uma análise ampla dos principais eventos ocorridos no serviço de hemoterapia (9.083 erros) e serviço clínico (6.051 erros). A situação mais comum e de maior gravidade no serviço de hemoterapia foi o recebimento de amostras fora dos padrões, ou seja, sem o registro do responsável pela coleta, amostras hemolisadas e identificação das amostras diferentes das requisições. Dentre os erros laboratoriais, dois resultaram em danos ao paciente, sendo que no caso mais grave, o receptor apresentou lesão pulmonar aguda relacionada à transfusão (TRALI) imediatamente após a transfusão, devido à **administração** de hemocomponente fora do prazo de validade. Quanto ao serviço clínico, o erro mais frequente foi a má indicação de hemocomponentes que acarretaram reações transfusionais evitáveis, destas: 10 reações por sobrecarga circulatória associada à transfusão (TACO), dois casos de TRALI, oito por reações agudas e um caso de controle tardio de hemostasia (BRASIL, 2004b).

Em seis hospitais de Windhoek na África, no ano de 2011, de acordo com Meza *et al.* (2014), a taxa de reações transfusionais agudas foi 0,8 por 1.000 unidades de sangue transfundidas relatadas ao Sistema de Vigilân-

cia, num total de 10.338 hemocomponentes transfundidos. Contudo, houve um aumento para 11,5 reações transfusionais por 1.000 unidades depois da análise de alguns prontuários. Das oito reações agudas transfusionais notificadas, quatro foram de gravidade leve (reação alérgica e febril não hemolítica), duas moderadas (reação alérgica e contaminação bacteriana), e uma resultou em óbito (reação hipotensiva). Das 28 reações transfusionais agudas detectadas na revisão dos prontuários, evidenciando-se de forma expressiva a subnotificação, 20 foram classificadas como leve (reação alérgica, febril não hemolítica, reação hipotensiva, dispneia associada à transfusão e à reação transfusional não especificada), quatro moderadas (reação alérgica, dispneia associada à transfusão e reação transfusional não especificada), duas graves (contaminação bacteriana e reação transfusional não especificada) e dois óbitos (reação hemolítica aguda e reação transfusional não especificada).

No Hospital das Clínicas do Uruguai, nos anos de 2014-2015, foram registrados 58 incidentes transfusionais, correspondendo a uma taxa de 8,3 por 1.000 hemocomponentes transfundidos. Do total, 25 foram classificadas como febril não hemolítica, 14 aloimunizações, 12 reações alérgicas, quatro TACO, uma dispneia associada à transfusão, uma TRALI e uma contaminação bacteriana, sendo que as duas últimas reações resultaram em óbito do receptor (BRASIL, 2004b). Entretanto, uma vez que a identificação e a classificação dos incidentes são fatores que necessitam de mais conscientização dos profissionais para o registro, investigação e notificação

dos casos para que os dados embasem discussões em **nível local e mundial para ampliação da** hemovigilância, não é possível estabelecer uma relação quantitativa de reações transfusionais por transfusões ocorridas. Outro fator prejudicial para uma hemovigilância resolutive são as diferentes formas de classificação dos eventos adversos relacionados à transfusão. Alguns países, como o Brasil, utilizam o modelo francês, porém essa falta de uniformidade no mundo, prejudica o campo para conhecimento técnico-científico na área.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Através da presente revisão integrativa, ficou clara a importância da atuação dos profissionais de saúde na área de hemoterapia e hemovigilância para a segurança transfusional.

A inserção do conceito, metas e formas de aplicabilidade da segurança do paciente no contexto da saúde trouxeram inovações e aperfeiçoamentos do cuidado prestado, incluindo o ciclo do sangue. Os estudos apontaram algumas vulnerabilidades encontradas nos serviços de saúde que desenvolvem obstáculos, interferindo de maneira direta nos resultados da hemovigilância.

Quando analisados os números de casos notificados, tornou-se evidente a subnotificação, o que inviabiliza a publicação de relatórios reais. Contudo, ao expandir a análise das informações obtidas no presente estudo,

os principais incidentes encontrados na literatura são os *near misses*, seguidos de reação febril não hemolítica, bem como é perceptível que várias falhas são encontradas ao longo do ato transfusional. E, destas, sobressai-se a identificação positiva do paciente, visto que esse cuidado está atrelado a vários momentos do processo, e é uma das possibilidades de se identificar e prevenir erros. Associado a isso, está a falta de conhecimento por parte dos profissionais de saúde, que faz aumentar a necessidade de novos estudos com nível de evidência acima de 3, para que os cuidados disponibilizados na literatura sejam de fato implementados e avaliados para propor mudanças reais no cuidado transfusional. Como exemplo, citam-se: o uso do código de barras na pulseira de identificação do paciente, que permite o desenvolvimento de barreiras até a administração do sangue, além de associar o cuidado beira-leito ao uso de tecnologias. A adoção de medidas preventivas e corretivas são o limiar para a transformação da hemovigilância.

Por se tratar de uma especialidade recente e não consolidada de forma uniforme, pode-se explicar a baixa produção no assunto. Diante da carência de estudos e da constatação da pouca visualização do tema como área temática de relevância para a hemovigilância e segurança transfusional, é que se entende a importância deste estudo.

REFERÊNCIAS

BARBOSA, H. B.; NICOLA, A. L. Enfermagem na terapia transfusional e hemovigilância: análise da conformidade em um hospital de ensino. **Rev. Saúde** (Santa Maria), v. 40, n. 2, jul./dez. 2014.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Plano Integrado para a Gestão Sanitária da Segurança do Paciente em Serviços de Saúde**: Monitoramento e Investigação de Eventos Adversos e Avaliação de Práticas de Segurança do Paciente. Brasília, 2015a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. **Manual de orientações para promoção da doação voluntária de sangue**. 1. ed., 1. reimpr. Brasília: Ministério da Saúde, 2015b. p. 152.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria no 529 de 1º de abril de 2013**. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Diário Oficial da União, 23 abr., 2013a.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Sistema de Notificações em Vigilância Sanitária** [homepage na internet] - Notivisa. Módulo Assistência à Saúde, 2013b. Disponível em: <http://www8.anvisa.gov.br/notivisa/frmlogin.asp>. Acesso em: 20 out. 2016.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Ministério da Saúde. Brasília. **Consulta Pública n. 37**, 2004a.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução RDC/AN-VISA n. 153** de 14 de julho de 2004. Determina o Regulamento Técnico para os procedimentos hemoterápicos. ANVISA: Brasília, 2004b. Disponível em: <https://www.indaiatuba.sp.gov.br/download /153/>. Acesso em: 02 abr. 2017.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução RDC/AN-VISA. n. 34, 11 de junho de 2014**. Dispõe sobre as Boas Práticas no Ciclo do Sangue. ANVISA: Brasília, 2014. Disponível em: <http://www.hemope.pe.gov.br/pdf/30-06-2016/06-rdc-34--de-11-06-2014.pdf>. Acesso em: 02 abr. 2017.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada. RDC n. 36, de 25 de julho de 2013, que institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, 26 jul., 2013.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução RDC n. 57, 16 de dezembro de 2010**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BERRO, M.; INSAGARAY, J.; BARINDELLI, P.; SOSA, E.; MARCALAIN, V.; GONZÁLEZ, J.; LAMELA, N.; FRAGA, M. L.; RIVAS, G.; LEMOS, F.; RODRÍGUEZ, I. Hemovigilance system implementation at the University Hospital of Uruguay. **Rev. Médica del Uruguay**, v. 32, n. 4, p. 268-273, 2016.

CARNEIRO, V. S. M.; BARP, M.; COELHO, M. A. Hemotherapy and immediate transfusion reactions: action and knowledge of the nursing team., **Rev. Min. Enferm.**, v. 21, e-1031, 2017.

DUNBAR, N. M.; SZCZEPIORKOWSKI, Z. M. How do we utilize a transfusion safety officer? **Transfusion.**, v. 55, n. 9, p. 2064-8, sep. 2015.

ELHENCE, P.; SHENOY, V.; VERMA, A.; SACHAN, D. Error reporting in transfusion medicine at a tertiary care centre: a patient safety initiative. **Clinical Chemistry and Laboratory Medicine**, v. 50, n. 11, p. 1935-43, nov. 2012.

GALVÃO, M. C.; SAWADA, N. O.; ROSSI, L. A. A prática baseada em evidências: considerações teóricas para sua implementação na enfermagem perioperatória. **Rev. Latinoam. Enferm.**, v. 10, n. 5, p. 690-5, 2002.

GRANDI, J. L.; GRELL, M. C.; ARECO, K. C. N.; BARBOSA, D. A. Hemovigilância: a experiência da notificação de reações transfusionais em Hospital Universitário. **Rev. esc. enferm. USP** [online], v. 52, e03331, 2018.

MACEDO, E. D.; SILVEIRA, V. M. J.; ATHAYDE, L. A. Índice de reação transfusional em pacientes submetidos A transfusão em um hemocentro do norte de Minas Gerais. **Rev. Bras. Pesq. Ciên. Saúde** (RBPeCS), v. 2, n. 2, p. 54-59, 2015.

MASKENS, C.; DOWNIE, H.; WENDT. A.; LIMA, A.; MERKLEY, L.; LIN Y.; CALLUM, J. Hospital-based transfusion error tracking from 2005 to 2010: identifying the key errors threatening patient transfusion safety. **Transfusion**. v. 54, n. 1, p. 66-73; quiz 65, jan. 2014.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA R. C. C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto & Contexto Enferm.**, v. 17, n. 4, p. 758-64, 2008.

MEZA, B. P.; LOHRKE, B.; WILKINSON, R.; PITMAN, J. P.; SHIRAISHI, R. W.; BOCK, N.; LOWRANCE, D. W.; KUEHNERT, M. J.; MATARANYIKA, M.; BASAVARAJU, S. V. Estimation of the prevalence and rate of acute transfusion reactions occurring in Windhoek, Namibia. **Blood Transfusion**, v. 12, n. 3, p. 352-61, jul. 2014.

PEDROSA, A. K. K. V.; PINTO, B. F. J. M.; LINS, L. D. B.; DEUSD, G. M. Blood transfusion reactions in children: associated factors. **J. Pediatr.**, v. 89, n. 4. Porto Alegre, jul./aug. 2013.

WHO. World Health Organization. **Summary of the evidence on patient safety**: implications for research. Ashish Jha, 2008.

CAPÍTULO 12

CONTEXTUALIZAÇÃO NORMATIVA E HISTÓRICA DAS UNIDADES DE PRONTO ATENDIMENTO 24H NO CEARÁ

Ismênia Maria Marques Moreira

Carlos Garcia Filho

MARCOS NORMATIVOS DA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS E DA REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS

O Brasil tem uma população estimada de 210 milhões de habitantes (IBGE, 2019) e é organizado em um sistema federativo de três níveis composto pelos governos federal, estadual e municipal, que refletem desigualdades regionais e sociais substanciais. O principal desafio epidemiológico enfrentado pelo país, hoje, são as doenças degenerativas crônicas, embora doenças infecciosas típicas de países pobres ainda afetem grande parte da população (PAIM *et al.*, 2011). Em adição aos grupos de doença supracitados, as causas externas, violência e acidentes exercem um impacto notável sobre as taxas de morbidade e mortalidade no contexto epidemiológico brasileiro (O'DWYER, *et al.*, 2013).

Ainda conforme Paim *et al.* (2011), em 1988 o Sistema Único de Saúde (SUS) foi criado e a saúde foi estabe-

lecida como um direito universal e dever estatal. O SUS tem como princípios a universalidade, a equidade e a integralidade. Essa grande conquista foi, particularmente, admirável, uma vez que não foi dirigida por governos, partidos políticos ou organizações internacionais, mas sim pela sociedade civil e os profissionais de saúde.

No início dos anos 2000, estabeleceu-se no âmbito do Ministério da Saúde a organização de uma política nacional de atenção às urgências, com a implantação de novos componentes, como os serviços de atendimento móvel de urgência (SAMU) e as Unidades de Pronto Atendimento (UPA). Iniciar a implantação pelo componente pré-hospitalar foi uma decisão acertada (O'DWYER *et al.*, 2017), já que, ao longo do tempo, percebeu-se que vidas poderiam ser salvas se fossem rapidamente atendidas por pessoas treinadas e qualificadas, ainda no ambiente fora dos hospitais, e transportadas a um local onde pudessem receber atendimento com suporte mais específico para cada caso (SILVA *et al.*, 2010).

A partir da Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU), criada em 2003, componentes de atendimento pré-hospitalar à saúde, como SAMU e UPA foram constituídos. As UPAs representam o principal componente fixo de urgência pré-hospitalar e têm se estabelecido como importante ponto de acesso ao sistema. As Unidades supracitadas atuam entre as Unidades Básicas de Saúde (atenção básica) e a média e a alta complexidades, integrando a Rede Pré-Hospitalar Fixa (KONDER e O'DWYER, 2015).

Cronologicamente, conforme Machado, Baptista e Nogueira (2011) a implantação dos componentes pré-hospitalares ocorreu de forma desarticulada, em três momentos distintos: até 2002 – regulamentação inicial; de 2003 a 2008 – ênfase no SAMU; e a partir de 2009 – ênfase na UPA. Em 2011, definiu-se a necessidade de uma rede de urgência, com regionalização e reorganização dos serviços preexistentes (MACHADO; SALVADOR; O'DWYER, 2011).

Considerando a realidade vivida pela transição demográfica, social e epidemiológica, além da procura e da oferta de serviços de saúde no Brasil como fenômenos dinâmicos, nas últimas décadas tem-se observado grande aumento na demanda dos serviços de atendimento às urgências e às emergências que, por sua vez, exigem grande incremento de tecnologias (O'DWYER *et al.*, 2009; CAMPOS DE OLIVEIRA *et al.*, 2017). As UPAs 24h foram implantadas com objetivo de atender essa demanda crescente por serviços de urgência e emergência e organizar essa rede. Quanto ao pioneirismo, Oliveira *et al.*, (2015) destaca que a PNAU se baseou em experiências de sucesso em cidades como Campinas-SP, Curitiba-PR, Belo Horizonte-MG e Rio de Janeiro-RJ.

O estado do Rio de Janeiro, um dos pioneiros do país, teve sua primeira UPA implantada em 2007, antes da regulação federal (O'DWYER *et al.* 2017). No Rio Grande do Norte, em Mossoró, no ano de 2002 foi inaugurado a unidade modelo e projeto-piloto para as outras UPAs que se espalharam pelas cidades de todo o país (JORNAL O MOSSOROENSE, 2017).

É reconhecível que, para organizar uma rede que atenda aos principais problemas de saúde dos usuários na área de urgência e emergência de forma resolutiva, seja necessário considerar o perfil epidemiológico e demográfico da população brasileira, no qual se destaca uma alta morbimortalidade relacionada às violências e aos acidentes de trânsito entre jovens até os 40 anos e, acima desta faixa, uma alta morbimortalidade relacionada às doenças do aparelho circulatório, como o infarto agudo do miocárdio (IAM) e o acidente vascular cerebral (AVC), além do acentuado e rápido envelhecimento da população, com aumento significativo da expectativa de vida nas últimas décadas (BRASIL, 2013). Dessa forma, a Rede de Urgência e Emergência tem como prioridade a reorganização das linhas de cuidados prioritárias de traumatologia, cardiovascular e cerebrovascular no âmbito da atenção hospitalar e sua articulação com os demais pontos de atenção como determina a Portaria nº 2.809 de 07 de dezembro de 2012 (BRASIL, 2012).

Instituída em 2011 através da Portaria nº 1.600 do Ministério da Saúde, a Rede de Atenção às Urgências e Emergências no SUS (RUE) atende a diferentes condições (clínicas, cirúrgicas, traumatológicas, saúde mental) e é composta por diferentes pontos de atenção, conforme a figura 1. Além disso, de forma transversal a todos os componentes, devem estar presentes o acolhimento, a qualificação profissional, a informação e a regulação de acesso.

Figura 1 – Componentes da RUE e suas interfaces



Fonte: BRASIL, 2013

A figura 1 mostra que a RUE tem com o objetivo principal reordenar a atenção à saúde em situações de urgência e emergência sob a coordenação da atenção básica. A integralidade do cuidado deve ser instituída com o desenvolvimento de ações de promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos, de diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos (BRASIL, 2013). Observa-se, portanto, que a RUE dialoga com a estrutura do SUS integrando a atenção básica e de média e alta complexidade, respeitando seus limites de complexidade e capacidade de resolução. Nessa perspectiva, o SUS encontra-se estruturado em três níveis hierárquicos complementares de atenção à saúde – atenção básica, de média e alta complexidade. Cada um desses componentes da rede assistencial deve participar da Atenção às Urgências, respeitando-se os limites de sua complexidade e capacidade de resolução (OLIVEIRA *et al.*, 2015).

MARCOS NORMATIVOS DAS UPAS 24H

Por meio da Portaria de nº 1.020 de 13 de maio de 2009 do gabinete ministerial da saúde estabeleceram-se as diretrizes para as UPAs 24h, com destaque para as seguintes competências/responsabilidades: funcionamento 24h por dia, todos os dias da semana; acolhimento aos pacientes e aos familiares sempre que buscarem atendimento na UPA 24h; estabelecimento de protocolos de atendimento clínico, de triagem e de procedimentos administrativos; possuir equipe interdisciplinar compatível com seu porte; fornecer retaguarda às urgências atendidas pela Atenção Básica; e prestar apoio diagnóstico (realização de raios X, exames laboratoriais, eletrocardiograma) e terapêutico nas 24 horas do dia. Essas unidades representam o principal componente fixo de urgência pré-hospitalar.

Segundo a Portaria nº 2.648 de 07 de novembro de 2011, a UPA 24h é uma unidade de atendimento intermediária, que deve fornecer retaguarda às urgências da Rede de Atenção Básica à Saúde e, em caso de necessidade, realizar a transferência dos pacientes para serviços hospitalares de média e alta complexidade, como uma estratégia da Política Nacional de Atenção às Urgências, melhorando a organização da assistência, articulação dos serviços, definição de fluxos de atendimentos e referências (BRASIL, 2011).

Em relação às dimensões e ao escopo, existem três portes de UPA 24h: Porte I – para municípios com população entre 50 mil e 100 mil habitantes; Porte II – para

municípios com porte entre 100 mil e 200 mil habitantes; e Porte III – para municípios com população entre 200 mil e 300 mil habitantes. A figura 2 apresenta a classificação das UPA 24h por porte, a população, área física, quantidade de atendimentos previstos, quantidade de médicos por plantão e, por último, quantidade mínima de leitos para atendimento. Como mostra o quadro a seguir:

Quadro 1 - Classificação das UPA 24h pelo porte, população, área física, nº de estabelecimentos, médicos e leitos

UPA	POPULAÇÃO DA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DA UPA	ÁREA FÍSICA MÍNIMA	NÚMERO DE ATENDIMENTOS MÉDICOS EM 24 HORAS	NÚMERO MÍNIMO DE MÉDICOS POR PLANTÃO	NÚMERO MÍNIMO DE LEITOS DE OBSERVAÇÃO
PORTE I	50.000 a 100.000 habitantes	700 m ²	até 150 pacientes	2 médicos	7 leitos
PORTE II	100.001 a 200.000 habitantes	1.000 m ²	até 300 pacientes	4 médicos	11 leitos
PORTE III	200.001 a 300.000 habitantes	1.300 m ²	até 450 pacientes	6 médicos	15 leitos

Fonte: Brasil, 2011.

É função do gestor definir o quantitativo da Equipe Assistencial Multiprofissional da UPA 24h, baseando-se na necessidade da RAS, bem como as normativas vigentes, inclusive as resoluções dos conselhos de classes profissionais, devendo manter o quantitativo de profissionais suficiente, de acordo com a capacidade da Unidade como recomenda a Portaria nº 10 de 03 de janeiro de 2017. Deve ser considerada ainda a operacionalização do serviço, o tempo-resposta, a garantia do acesso ao paciente e o custo-efetividade.

A equipe é composta por, aproximadamente, 140 profissionais (médicos, enfermeiros, assistentes sociais, técnicos de enfermagem, auxiliares de laboratório, técnicos de radiologia, auxiliares de farmácia e outros). As UPAs oferecem atendimento clínico adulto e pediátrico. Algumas UPAs Porte III possuem ainda serviço de odontologia.

A definição dos portes da UPA 24h, prevista no quadro acima, poderá variar de acordo com a realidade de cada região, levando-se em conta a sazonalidade apresentada por alguns tipos de infecções, como, por exemplo, o aumento de demanda por doenças respiratórias ou infectocontagiosas durante determinado período do ano. Quanto às instalações físicas, a UPA 24h atenderá ao estabelecido pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA, aos regulamentos técnicos de projetos e às legislações específicas para construções e estruturas físicas de estabelecimentos assistenciais de saúde. Todas essas recomendações estão estabelecidas na Portaria nº 10 de 03 de janeiro de 2017 (BRASIL, 2017).

De acordo com Diniz *et al.* (2014), no Brasil, a organização da atenção aos indivíduos em situação de urgência e emergência no Brasil tem sofrido mudanças nos últimos anos, no intuito de se obter uma rede de serviços hierarquizada na qual os indivíduos sejam atendidos considerando o nível de complexidade de cada unidade.

Com a proposta de humanização do atendimento para organização do processo de trabalho nos serviços de urgência, o Ministério da Saúde brasileiro propõe acolhimento com classificação de risco que visa, entre

outros objetivos, organizar a fila de espera, priorizando atendimento de acordo com o grau de necessidade ou sofrimento apresentado pelo indivíduo (BRASIL, 2009).

A classificação de risco do paciente é considerada uma atividade complexa que depende de competências e habilidades próprias do enfermeiro, da sua experiência profissional, além de uma rede de serviços estruturada para os encaminhamentos necessários para a continuidade do cuidado aos pacientes (OLIVEIRA *et al.*, 2013; SOUZA *et al.*, 2014).

Dentre as competências atribuídas às UPAs dentro da rede de atenção às urgências considera-se a natureza de pronto-atender, através do acolhimento às demandas dos usuários e da articulação com outros componentes da rede, sendo retaguarda para SAMU e atenção básica e recorrendo aos hospitais e centrais de regulação, através da pactuação de grades de referência e contrarreferência.

Quanto à gestão nas UPAs, consideram-se as modalidades de gestão e contratação de profissionais no SUS desde os anos 1990, relacionada com processos de reforma do Estado e de reestruturação do trabalho. A agenda hegemônica de reformas na Administração Pública brasileira naquela década enfatizava o papel regulador do Estado e a adoção de estratégias e instrumentos inspirados na “nova gestão pública”, como parcerias público-privadas, flexibilização gerencial, mecanismos contratuais e avaliação por resultados (COSTA, 2010).

Em meados dos anos 2000 houve uma expansão do modelo de gestão com as Organizações Sociais (OS)

proposto pelo Governo Federal para a prestação de atividades “não exclusivas” de estado e o Estado de São Paulo foi pioneiro na contratação de OS para a prestação de serviços hospitalares, sendo o modelo posteriormente expandido para outros tipos de unidades de saúde (BARBOSA; ELIAS, 2010).

Considera-se que diante da configuração da rede assistencial do SUS e da alta relevância epidemiológica e social dos quadros de urgência correlatos ao perfil de morbimortalidade do Brasil, as UPAs são muito relevantes para o sistema. Em novembro de 2012, havia em funcionamento no Brasil 228 UPAs, além de haver mais 646 em execução, em um total de 874. Destaca-se o Estado do Rio de Janeiro, com maior número de unidades no país. Em 2015, havia 291 UPAs em funcionamento, das quais 68,3% foram construídas com recursos do Governo Federal (KONDER; O’DWYER, 2015).

IMPLANTAÇÃO DAS UPAS 24H NO CEARÁ

Até o ano de 2011, o Estado do Ceará não contava com nenhuma UPA 24h, tendo sido a primeira Unidade inaugurada no Município de Maranguape, em novembro de 2011. Esta Unidade é de Porte II e foi construída com recursos do Governo do Estado e do Ministério da Saúde, um investimento total de, aproximadamente, R\$4 milhões. A partir de 2012, as UPAs foram implantadas de forma bastante acelerada na capital e, paralelamente, no restante do estado (CEARÁ, 2011).

A primeira UPA construída na capital do Estado do Ceará fica localizada no Bairro Praia do Futuro. Inaugurada em março de 2012, a UPA da Praia do Futuro possui uma área de 1.300 metros quadrados, 15 leitos e possui cerca de 140 profissionais. Classificada como Porte III. O investimento foi de R\$3.542.500,00 em obras e mais R\$800.000,00 na aquisição de equipamentos do governo do Estado e do Ministério da Saúde, com capacidade para realizar 450 atendimentos por dia (CEARÁ, 2012a; 2012b). Seu funcionamento é integrado ao Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), que organiza o fluxo de atendimento e encaminha o paciente ao serviço de saúde adequado à cada situação.

No Estado do Ceará, o governo construiu e equipou 24 UPAs 24h, seis delas em Fortaleza e outras 17 em municípios na Região Metropolitana e interior do Estado: Maranguape, Horizonte, Pentecoste, Iguatu, Eusébio, Crateús, Juazeiro do Norte, Itapipoca, Quixadá, Canindé, Aracoiaba, Tauá, Russas, São Benedito, Caucaia, São Gonçalo do Amarante e Jericoacoara. Além dessas, outras dez unidades contam com recursos do Governo do Ceará na aquisição de equipamentos e custeio, totalizando 34 UPAs 24h construídas e apoiadas pelo Estado (CEARÁ, 2018). A UPA 24h é um dos Componentes da Rede de Atenção às Urgências. A implantação dessas Unidades é uma das estratégias do Ministério da Saúde para reorganizar, qualificar e fortalecer a Rede de Atenção às Urgências e Emergências no país.

O quadro 2 mostrará de forma compacta os marcos legais relacionados às UPAs 24h.

Quadro 2 - Portarias ministeriais relacionadas à regulamentação das Unidades de Pronto Atendimento e da Rede de Atenção às Urgências

<p>PORTARIA N.º 1863/GM, EM 29 DE SETEMBRO DE 2003</p> <p>Institui a Política Nacional de Atenção às Urgências, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão.</p>
<p>PORTARIA N.º 2.972 DE 9 DE DEZEMBRO DE 2008</p> <p>Orienta a continuidade do Programa de Qualificação da Atenção Hospitalar de Urgência no Sistema Único de Saúde - Programa QualiSUS, priorizando a organização e a qualificação de redes locais de atenção integral às urgências.</p>
<p>PORTARIA N.º 1.020 DE 13 DE MAIO DE 2009</p> <p>Estabelece diretrizes para a implantação do componente pré-hospitalar fixo para a organização de redes locais de atenção integral às urgências em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências.</p>
<p>PORTARIA N.º 1.600, DE 07 DE JULHO DE 2011</p> <p>Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS).</p>
<p>PORTARIA N.º 1.601 DE 07 DE JULHO DE 2011</p> <p>Estabelece diretrizes para a implantação do componente Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h) e o conjunto de serviços de urgência 24 horas da Rede de Atenção às Urgências, em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências.</p>
<p>PORTARIA N.º 1.171, DE 05 DE JUNHO DE 2012</p> <p>Dispõe sobre o incentivo financeiro de investimento para construção e ampliação no âmbito do Componente Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h) e do conjunto de serviços de urgência 24 horas da Rede de Atenção às Urgências, em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências.</p>
<p>PORTARIA N.º 104, DE 15 DE JANEIRO DE 2014</p> <p>Altera a Portaria n.º 342/GM/MS, de 04 março de 2013, que redefine as diretrizes para implantação do Componente Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h) e do conjunto de serviços de urgência 24 (vinte e quatro) horas não hospitalares da Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE), em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências, e dispõe sobre incentivo financeiro de investimento para novas UPA 24h (UPA Nova) e UPA 24h ampliadas (UPA Ampliada) e respectivo incentivo financeiro de custeio mensal.</p>
<p>PORTARIA N.º 10 DE 03 DE JANEIRO DE 2017</p> <p>Redefine as diretrizes de modelo assistencial e financiamento de UPA 24h de Pronto Atendimento como Componente da Rede de Atenção às Urgências, no âmbito do Sistema Único de Saúde.</p>

Fonte: Baseado em Konder; O'dwyer, 2015.

REFERÊNCIAS

BARBOSA, N. B.; ELIAS, P. E. M. As organizações sociais de saúde como forma de gestão público/privado. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 15, p. 2483-95, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 2809/GM, de 7 de dezembro de 2012**. Estabelece a organização dos Cuidados Prolongados para retaguarda à Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) e às demais Redes Temáticas de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. **Manual instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 1020/GM, em 13 de maio de 2009**. Estabelece diretrizes para a implantação do componente pré-hospitalar fixo para a organização de redes locais regionais de atenção integral às urgências em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 2.648/GM, de 7 de novembro de 2011**. Dispõe sobre o incentivo financeiro de custeio para o Componente Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h) e o conjunto de serviços de urgência 24 horas da Rede de Atenção às Urgências, em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 10, de 03 de janeiro de 2017**. Redefine as diretrizes de modelo assistencial e financiamento de UPA 24h de Pronto Atendimento como Componente da Rede de Atenção às Urgências, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

CEARÁ. **Secretaria de Saúde** do Estado, 2011. **Governador e ministro da Saúde inauguram UPA 24 horas em Maranguape.** Disponível em: <https://www.ceara.gov.br/2011/11/03/governador-e-ministro-da-saude-da-inauguram-upa-24-horas-em-maranguape/>. Acesso em: 27 maio 2019.

CEARÁ. Secretaria de Saúde do Estado, 2012a. **Primeira UPA 24 horas de Fortaleza será inaugurada.** Disponível em: <https://www.ceara.gov.br/2012/03/21/primeira-upa-24-horas-de-fortaleza-sera-inaugurada-nesta-quinta-feira-22/>. Acesso em: 30 maio 2019.

CEARÁ. Secretaria de Saúde do Estado, 2012b. **Em um mês, UPA da Praia do Futuro realizou 5,9 mil atendimentos.** Disponível em: <https://www.saude.ce.gov.br/2012/04/23/em-um-mes-upa-da-praia-do-futurorealizou-59-mil-atendimentos/>. Acesso em: 30 maio 2019.

CEARÁ. Secretaria de Saúde do Estado, 2018. **UPAs do Governo do Ceará têm 98% de índice de satisfação no atendimento.** Disponível em: <https://www.ceara.gov.br/2018/06/25/upas-do-governo-do-ceara-tem-98-de-indice-de-satisfacao-no-atendimento/>. Acesso em: 25 de abr. 2019.

COSTA, F. L. **Reforma do estado e contexto brasileiro:** crítica do paradigma gerencialista. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 2010. DINIZ, A. S.; SILVA, A. P.; SOUZA, C. C.; CHIANCA, T. C. M. Demanda clínica de uma unidade de pronto atendimento, segundo o protocolo de Manchester. **Rev. Eletr. Enf.** v. 16, n. 2, p. 312-20, 2014.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Projeções e estimativas da população do Brasil e das Unidades da Federação.** Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao//index.html>. Acesso em: 19 abr. 2019.

KONDER, M. T.; O'DWYER, G. As Unidades de Pronto-Atendimento na Política Nacional de Atenção às Urgências. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, p. 525-545, 2015.

MACHADO, C. V.; BAPTISTA, T. W. F.; NOGUEIRA, C. O. Política de saúde no Brasil nos anos 2000: a agenda federal de prioridades. **Cadernos de Saúde Pública**. v. 27, n. 3, p. 521-532, 2011.

MACHADO, C. V.; SALVADOR, F. G. F.; O'DWYER, G. O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência no Brasil: uma análise da política nacional. **Revista de Saúde Pública**, v. 45, n. 3, p. 519-528, 2011.

O'DWYER, G.; OLIVEIRA, S. P.; SETA, M. H. Avaliação dos serviços hospitalares de emergência do programa QualiSUS. **Cienc Saúde Colet.**, v. 14, n. 5, p. 1881-90, 2009.

O'DWYER, G. *et al.* The current scenario of emergency care policies in Brazil. **BMC Health Services Research**, v. 13, n. 70, 2013.

O'DWYER, G. *et al.* O processo de implantação das unidades de pronto atendimento no Brasil. **Rev. Saúde Pública**. n. 51, p. 125, 2017.

OLIVEIRA, J. L. C. de *et al.* Acolhimento com classificação de risco: percepções de usuários de uma unidade de pronto atendimento. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 26, n. 1, p. 1-8, 2017.

OLIVEIRA, S. N. de *et al.* Unidade de Pronto Atendimento – UPA 24h: percepção da enfermagem. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 24, n. 1, p. 238-44, jan.-mar. 2015.

OLIVEIRA, G. N.; VANCINI-CAMPANHARO, C. R.; OKUNO, M. F. P.; BATISTA, R. E. A. Nursing care based on risk assessment and classification: agreement between nurses and the institutional protocol. **Rev. Lat. Am. Enfermagem**, 2013.

PAIM, J. *et al.* The health system in Brazil: history, progress and challenges. **Lancet**, p. 11-31, 2011.

PRIMEIRA UPA de Mossoró completa 15 anos de funcionamento. **Jornal O Mossoroense**, Mossoró, 29 jul. 2017. Disponível em: <http://www.omossoroense.com.br/primeira-upa-de-mossoro-completa-15-anos-de-funcionamento/>. Acesso em: 20 abr. 2019.

SILVA, E. A. C.; TIPPLE, A. F. V.; SOUZA, J. T.; BRASIL, V. V. Aspectos históricos da implantação de um serviço de atendimento pré-hospitalar. **Rev. Eletr. Enf.**, v. 12, n. 3, p. 571-7, 2010.

SOUZA, C. C.; DINIZ, A. S.; SILVA, L. L. T.; MATA, L. R. F.; CHIANCA, T.C.M. Nurses' perception about risk classification in emergency services. **Invest. Educ. Enferm.**, v. 32, n. 1, p. 78-86, 2014.

CAPÍTULO 13

CONHECIMENTO E BENEFÍCIOS DO PROCESSO DE ENFERMAGEM APLICADO À SAE

*Kilvia Kelly Gomes de Vasconcelos
Milena de Paula Lima*

INTRODUÇÃO

Ao falarmos de qualidade e organização da assistência na enfermagem, Melo (2013) nos reporta ao Processo de Enfermagem (PE), que é caracterizado como uma tecnologia utilizada e desenvolvida na prática, que, ao mesmo tempo que vislumbra a melhora da qualidade do cuidado, orienta uma sequência de raciocínio lógico, organiza a avaliação dos clientes, identifica os diagnósticos de enfermagem, planeja o cuidado, intervenções e avaliação de todo este processo.

Como método científico, o PE deve ser embasado em uma teoria que se adeque simultaneamente ao paciente a ser cuidado, ao contexto hospitalar e ao perfil de trabalho da equipe (considerando-se que eles estão dispostos a adotar a teoria sugerida). É a teoria que estrutura a assistência realizada de modo a deixá-la mais científica, menos empírica. O PE transforma a teoria em

prática, ou seja, é o método no qual se busca solução para os problemas do paciente.

Barbosa e Silva (2018) referem que apesar do crescente interesse por identificar melhorias na qualidade da assistência prestada ao usuário, e de alguns autores referirem a inserção das teorias de enfermagem na prática clínica, ainda há poucas publicações a respeito do uso das teorias de enfermagem na sistematização da assistência do enfermeiro (SAE) no Brasil.

Menezes (2011), reforça a importância das teorias para facilitar a implantação/implementação da SAE, além da conscientização da equipe e envolvimento do enfermeiro. Necessita-se, também, trabalhar com estratégias provindas de um planejamento elaborado que permita participação da equipe, construção de instrumentos e aplicação das etapas embasadas nas Teorias de Enfermagem. O apoio institucional e da gerência, para o preparo dos profissionais e o uso da tecnologia da informática podem facilitar a adesão ao processo.

A Resolução do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) nº 358/2009, estabelece que toda instituição de saúde que presta cuidado profissional de enfermagem deve utilizar a SAE, permitindo implementar na prática assistencial seus conhecimentos técnico-científicos e de humanização.

Posteriormente, a legislação nos traz a resolução 429 de 2012 que “dispõe sobre o registro das ações profissionais no prontuário do paciente e em outros documentos próprios da enfermagem, seja por manuscritos tradicionais ou eletrônicos. Ou seja, a legislação do COFEN além

de determinar que o PE tenha a sua aplicação na íntegra com todas as suas etapas, também sustenta esse registro. Ainda, a legislação por meio da resolução 514/2016 aprova o guia de recomendações para registro de enfermagem no prontuário do paciente e outros documentos de enfermagem, o qual padroniza os registros mencionando que estes devem ser realizados a cada 24 horas.

Tendo como justificativa a melhoria da qualidade da assistência da enfermagem e todos os benefícios advindos, em nível institucional, profissional e, principalmente, para a clientela assistida, objetivamos neste estudo descrever os benefícios da implantação da SAE e analisar o conhecimento sobre o processo de enfermagem dos enfermeiros, aplicado à ela.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de revisão do tipo integrativa. A revisão integrativa é uma análise ampla da literatura, tendo como propósito o entendimento sobre o tema estudado, sendo capaz de identificar lacunas, aprofundar o conhecimento e fomentar a prática baseada em evidência. Este estudo envolveu seis etapas conforme descrito por Mendes, Silveira e Galvão (2008) sendo elas a identificação do tema e seleção da questão da pesquisa, estabelecimento dos critérios de inclusão e exclusão dos estudos, definição das informações a serem extraídas, avaliação dos estudos incluídos, interpretação dos resultados e síntese do conhecimento.

Os critérios de inclusão utilizados na busca e seleção dos estudos foram: estudos que contemplavam a temática do Processo e Sistematização da assistência de enfermagem; que foram disponibilizados integralmente *on-line*, sem restrições de acessibilidade; publicados em idioma português e/ou inglês, no período de 2011 a 2018; indexados nas Bases de Dados de Enfermagem (BDENF), Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs) e Scientific Electronic Library Online (SciELO). Os critérios de exclusão foram artigos duplicados, publicações classificadas como editorial, cartas, teses, manuais e protocolos, bem como artigos que não estavam de acordo com a temática.

Para obtenção da amostra da revisão integrativa, num total de 12 artigos, foram cruzados os referidos descritores e palavras nas três bases de dados supracitadas: "Processos de enfermagem" AND "cuidados de enfermagem" or "assistência de enfermagem" AND "sistematização", "Nursing process" AND "Nursing care" or "Assistance" AND Systematización. Para sumarização das publicações, utilizou-se um instrumento no qual foram extraídos dados, com o intuito de criar um banco de dados que auxiliasse a atingir o objetivo deste estudo.

Os artigos selecionados também passaram por uma avaliação de qualidade metodológica, utilizando instrumentos de avaliação propostos por Joanna Briggs Institute. Para esse processo foi utilizada a classificação por nível de evidência (NE), conforme validade e confiabilidade. Utilizamos um instrumento baseado na Rating System for the Hierarchy of Evidence for Intervention/

Treatment Question, que classificaram os estudos nos seguintes níveis:

NE 1 - revisões sistemáticas ou metanálises de ensaios clínicos randomizados relevantes:

NE 2- um ou mais ensaios clínicos randomizados;

NE 3- ensaios clínicos controlados sem randomização;

NE 4 – casos-controle e estudos de coorte;

NE 5 - revisões sistemáticas de estudos descritivos e estudos qualitativos;

NE 6 - evidência de um único estudo descritivo ou qualitativo;

NE 7 - relatório de opiniões de especialistas.

A síntese de dados foi feita com os textos que obtiverem nota satisfatória na avaliação de qualidade metodológica. Foi realizada uma análise textual qualitativa.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

De acordo com Medeiros *et al.* (2012), as fases do PE (histórico, diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação de enfermagem) quando realizadas concomitantemente, resultam em intervenções satisfatórias para o cliente. Para construção de competências, excelência o desempenho de suas funções, evoluir e inovar seus conhecimentos, é imprescindível ao enfermeiro usar o processo de enfermagem no dia a dia.

Dificuldades relatadas no cotidiano do enfermeiro acabam por separar a realização dessas 5 etapas do PE,

sem deixá-las inter-relacionadas. Dos Santos *et al* (2018), referem que há de considerar ainda as dificuldades operacionais existentes como principais argumentos quanto à realização parcial ou não realização do PE, bem como de seu adequado registro. Nesse contexto, a insuficiência de recursos humanos; excesso de atribuições do enfermeiro; desconhecimento quanto à metodologia de trabalho, escassez de recursos materiais e, em especial, a resistência ao novo e/ou a não valorização do método são apontadas, nas diversas regiões do país.

Ainda, segundo Garcia (2017), por ter um foco do cuidado voltado para o significado individual da experiência do indivíduo, considerando seu sofrimento psíquico e contexto social, político e cultural, o PE possibilita uma amplitude maior na avaliação do estado de saúde do paciente, não se restringindo à sintomatologia psicopatológica e ao diagnóstico.

A ideia de submissão, segundo Dos Santos *et al* (2018), ainda vinculada ao exercício da enfermagem, dificulta a realização do PE, uma vez que o enfermeiro, muitas vezes, deixa de cumprir suas atribuições para dar apoio a outros profissionais da equipe multidisciplinar. Foram reveladas outras dificuldades para a operacionalização do PE: desconhecimento, ausência de delimitação de um referencial teórico e metodológico, dificuldades estruturais, de recursos humanos e formação impõem obstáculos reais.

De acordo com Domingos (2017), a SAE torna possível a operacionalização do PE, organizando o trabalho profissional quanto ao método, pessoal e instrumentos.

Ao enfermeiro compete à liderança na execução e na avaliação do PE, de modo a alcançar os resultados de enfermagem esperados, cabendo-lhe, privativamente, o diagnóstico de enfermagem e prescrição das ações a serem realizadas.

Porém, ainda segundo Domingos (2017), são utilizados os sistemas de anotações manuais nos prontuários, na maioria das instituições de saúde do Brasil, tornando os registros e armazenamento das informações ineficazes. A realidade consiste em anotações inconsistentes, legíveis e de difícil compreensão, não havendo sistematização delas. Assim, a tecnologia da informação tem sido utilizada como um caminho para aperfeiçoar os registros clínicos em saúde e apoiar o desenvolvimento do PE informatizado, integrando uma estrutura lógica de dados, informação e conhecimento para a tomada de decisão do cuidado de enfermagem.

Sobre a falta de registro, Torres (2011) relata que esse erro torna a SAE informal o que atrapalha a realização de todas as etapas do PE. A não realização do histórico compromete a identificação e o levantamento dos problemas dos clientes, o que compromete a realização da prescrição e, posteriormente, da evolução de enfermagem, o que torna a MAE (Metodologia da Assistência de Enfermagem) incompleta e inoperante, revelando uma contradição entre o que é dito e o que é praticado, comprometendo os resultados esperados.

Medeiros *et al.* (2012), afirmam que mesmo quando os formulários utilizados no serviço são satisfatórios na execução das fases de investigação, de diagnóstico,

de planejamento, de implementação e de avaliação da assistência de enfermagem, frequentemente necessitam ser ajustados para suprir as necessidades da clientela atendida no serviço, objetivando qualificar o atendimento prestado nos setores.

Oliveira (2012) afirma que aplicar a SAE de forma fragmentada pode interferir no estímulo do profissional e fragiliza a integração dessas. Realizar ações não sistematizadas afeta o planejamento do cuidado prestado ao paciente e dificulta a avaliação deste cuidado. Por ser uma atividade complexa, a falta de uniformidade nas etapas da SAE dificulta a compreensão dos profissionais. A falta de conhecimento efetivo sobre o tema e de um marco conceitual são fatores mencionados como dificultadores da implementação.

Segundo Benedet (2016), utilizar a SAE e o PE como um instrumento metodológico pode, sim, melhorar a assistência; mas as filosofias da instituição e do Serviço de Enfermagem têm que se alinhar a uma política de educação permanente, relacionada à SAE, bem como a reflexão sobre o seu real conceito e sua correlação com o processo de cuidar.

Soares (2015) ressalta que em muitos casos, apesar de não conseguir implementar a SAE no cotidiano de trabalho, o enfermeiro tem consciência que por meio dela direciona o planejamento e a organização das atividades assistenciais e das funções dos membros da equipe de enfermagem, assumindo também o compromisso de envolvê-la, mostrando sempre a importância da sistematização do cuidado, para a sensibilização e a participação ativa dos gestores.

Sobre as possíveis lacunas existentes na graduação e a distância da prática profissional em relação à formação teórica, Oliveira (2012) percebeu que falhas encontradas na formação do enfermeiro possam refletir-se na adoção da SAE na prática profissional. Uma linguagem única em relação à implementação, ao processo e à convicção da importância da SAE pode facilitar o aprendizado, além da necessidade inquestionável do domínio dos educadores em relação aos conhecimentos que favoreçam o ensino da SAE.

A SAE, embasada cientificamente pelas teorias de enfermagem e tendo como método o PE, é simplesmente a forma como o enfermeiro vem buscando agregar cientificidade para organizar as ações de prestação do cuidado. A sua utilização, como afirma Torres (2011), possibilita ao enfermeiro realizar com maior eficácia ações de supervisão, de avaliação e de gerenciamento dos cuidados prestados, assim como acompanhar os resultados das ações implementadas. Partindo desta premissa é que se localiza a SAE como um dos instrumentos do processo de trabalho assistencial do enfermeiro que pode contribuir para assegurar a qualidade do cuidado.

A teoria direciona a sistematização, ajudando a conduzir as ações e o alcance dos resultados. Ela “guia” os passos do PE, afastando-o do modelo biomédico (centrado na doença). Centrar as ações mais no paciente do que na patologia, deixar de agir no imediatismo e no intuitivo, de forma não sistematizada, são os passos a serem seguidos para um maior reconhecimento e autonomia da profissão.

Dos Santos *et al* (2018), expressam o quanto é necessário que a enfermagem assuma um *status* social que lhe confira o devido reconhecimento e valorização da profissão e, para tanto, há que se investir em formação continuada e permanente.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Xavier *et al.* (2018), ressaltaram a urgência em investir em mais estudos acerca da temática visando cada vez mais o conhecimento das instituições de saúde brasileiras, o aperfeiçoamento dos processos assistenciais, resultando em maior qualidade da assistência e, conseqüentemente, o bem-estar físico, mental e social da coletividade.

Em presença dos relatos dos enfermeiros, Medeiros *et al.* (2012) afirmaram que para se obter autonomia profissional são primordiais: conhecimentos técnico-científicos, de atividades legais e desenvolvimento de uma prática humanizada. A elevação da autoestima proporcionada pela utilização da SAE, expressa a confiança no próprio potencial, a consciência no próprio valor e a capacidade de enfrentar os desafios do cotidiano da profissão, em busca do sucesso profissional.

Todavia, contempla-se ainda uma baixa utilização de teorias de enfermagem aliadas à sistematização do seu fazer específico apesar de a enfermagem brasileira ser considerada uma das maiores produtoras de publicações científicas na atualidade. O PE continua fragmen-

tado nessa prática, refletindo a influência do contexto social e político no qual está imersa a profissão, como seu distanciamento de reflexões sobre seus aspectos ontológicos (BARBOSA E SILVA, 2018)

O planejamento dos cuidados de enfermagem estruturados pelo PE pode ser a contribuição desse profissional para a construção do projeto terapêutico singular, quando considerada sua inserção na equipe multiprofissional, pois a participação direta dos pacientes contribui no alcance dos resultados e negociação das ações de enfermagem, promovendo sua autonomia (GARCIA, 2017).

Existe carência de estudos sobre o desenvolvimento de sistemas embasados em teorias de enfermagem, que abordem a dimensão assistencial e gerencial da enfermagem, e mensurem/descrevam o impacto do processo de enfermagem. Com o desenvolvimento deste estudo, destacam-se os efeitos positivos que o processo de enfermagem gera para a prática, à medida que aumenta a satisfação dos profissionais, refletindo em um maior tempo despendido para o cuidado direto ao paciente (DOS SANTOS *et al.*, 2018).

É importante ressaltar as tecnologias de informação como aliados para o desenvolvimento e implementação do PE, facilitando o acesso às informações, a comunicação, a documentação, tudo isso vislumbrando uma melhoria na qualidade dos cuidados de saúde e uma maior fidedignidade na continuidade do cuidado e no repasse de informações pertinentes a esse (MELO, 2013)

Mesmo com inúmeros benefícios constatados pelos estudos, sabemos que os argumentos para a não realização do PE estão permeados pela deficiência de recursos materiais e humanos e que há uma visível resistência em aderir a tal prática, devido à ideia de aumento de responsabilidade/tarefas para o profissional e sua equipe, mesmo estando previsto na legislação de classe vigente. (DOS SANTOS *et al.*, 2018)

A enfermagem vive há anos uma busca de consolidação da sua identidade e amadurecimento profissional. Um caminho para a sua autonomia se faz do bom uso das bases teóricas e métodos científicos da sua ciência. A subserviência e a co-dependência do modelo biomédico não deixarão de existir se não mudarmos essa consciência.

Apesar dos esforços para o desenvolvimento tecnológico na enfermagem, principalmente as ferramentas que auxiliam a implantação de uma assistência de qualidade, ainda convivemos com o despreparo teórico-prático dos profissionais da enfermagem e as consequentes dificuldades de implementação do PE informatizado (MELO, 2013)

Somente com ações fundamentadas e empenho para a efetivação de uma prática cientificamente reconhecida, a enfermagem conquistará seu espaço, bem como, qualificará sua assistência. Nesse cenário, fica explícito que, para uma concreta evolução científica da enfermagem, os profissionais são desafiados à superação de problemáticas há muito já reveladas (Dos Santos *et al.*, 2018).

REFERÊNCIAS

BARBOSA, V. M. S.; SILVA, J. V. S. Utilização de teorias de enfermagem na sistematização da prática clínica do enfermeiro. **Rev. Enferm Atenção Saúde**, v. 7, n. 1, p. 260-271, 2018.

BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução COFEN nº 358, de 15 de outubro de 2009**. Dispõe sobre a SAE e o PE e dá outras providências. Rio de Janeiro: COFEn, 2009. Disponível em: http://novo.portalcofen.gov.br/resolucao-cofen-3582009_4384.html. Acesso em: 27 out. 2017.

BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução COFEN nº 429/2012, de 30 de maio de 2012**. Dispõe sobre o registro das ações profissionais no prontuário do paciente, e em outros documentos próprios da enfermagem, independente do meio de suporte – tradicional ou eletrônico. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br>. Acesso em: 27 out. 2017.

BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução COFEN nº 514/2016**. Aprova o Guia de Recomendações para os registros de enfermagem no prontuário do paciente, com a finalidade de nortear os profissionais de Enfermagem. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-05142016_41295.html. Acesso em: 15 ago. 2017.

BENEDET A. S.; GELBCKE, F. L.; AMANTE, L. N.; PADILHA, M. I. S. *et al.* Processo de Enfermagem: instrumento da Sistematização da Assistência de enfermagem na percepção dos enfermeiros. **Rev. pesqui. cuid. fundam.**, v. 8, n. 3, p. 4780-4788, 2016.

DOMINGOS, C. S.; BOSCAROL, G. T.; BRINATI, L. M.; DIAS, A. C.; SOUZA, C. C.; SALGADO, P. de O. La aplicación del proceso informático de enfermería: revisión integradora. **Enf. Global** [Internet], v. 16, n. 4, p. 603-52. Disponível em: <https://revistas.um.es/eglobal/article/view/278061>. Acesso em: 24 jun. 2019.

DOS SANTOS, M. G. *et al.* Etapas do processo de enfermagem: uma revisão narrativa. **Enfermagem em Foco**, [S.l.], v. 8, n. 4, p. 1032, jul. 2018. ISSN 2357-707X. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/1032>. Acesso em: 24 jun. 2019. DOI: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2017>.

GARCIA, A. P. R. F.; FREITAS, M. I. P.; LAMAS, J. L. T.; TOLEDO, V. P. Nursing process in mental health: an integrative literature review. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 70, n. 1, p. 209-18, 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0031>.

HORTA, W. A. **Processo de enfermagem**. São Paulo: EPU, 1979.

JOANNA BRIGGS INSTITUTE REVIEWERS. **Manual**. The University of Adelaide, 2009. Disponível em: www.joannabriggs.edu.au. Acesso em: 27 jan. 2019.

MEDEIROS, A. L.; SANTOS, S. R.; CABRAL, R. W. L. Sistematização da assistência de enfermagem na perspectiva dos enfermeiros: uma abordagem metodológica na teoria fundamentada. **Rev. Gaúcha Enferm.**, v. 33, n. 3, p. 174-181, 2012.

MELO, E. C. A. de; ENDERS, B. C. Construção de sistemas de informação para o processo de enfermagem: uma revisão integrativa. **J. Health Inform.**, v. 5, n. 1, p. 23-9, Id: lil-683537, jan.-mar. 2013.

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

MENEZES, S. R. T.; PRIEL, M. R.; PEREIRA, L. L. Autonomia e vulnerabilidade do enfermeiro na prática da Sistematização da Assistência de Enfermagem. **Rev. esc. enferm. USP**, v. 45, n. 4, p. 953-958, 2011.

OLIVEIRA, K. F.; IWAMOTO, H. H.; OLIVEIRA, J. F.; ALMEIDA, D. V. Sistematização da Assistência de Enfermagem na Rede Hospitalar de Uberaba: MG. **Rev. Enf. Ref.**, v. 3, n. 8, p. 105-114, 2012.

SOARES, M. I.; RESCK, Z. M. R.; TERRA, F. S.; CAMELO, S. H. H. Sistematização da assistência de enfermagem: facilidades e desafios do enfermeiro na gerência da assistência. **Esc. Anna Nery**, v. 19, n. 1, p. 47-53, 2015.

TORRES, É.; CHRISTOVAM, B. P.; FULY, P. C. S.; SILVINO, Z. R.; ANDRADE M. Sistematização da assistência de enfermagem como ferramenta da gerência do cuidado: estudo de caso. **Esc. Anna Nery**, v. 15, n. 4, p. 730-736, 2011.

CONTRIBUIÇÕES PARA A SAÚDE DO PORTADOR DE ANEMIA FALCIFORME NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: ENSAIO TEÓRICO REFLEXIVO

*Goldamey Moreira Mesquita Ponte
Ana Paula Cavalcante Ramalho Brilhante*

INTRODUÇÃO

Observa-se a necessidade de intensificar e valorizar as ações realizadas na Rede de Atenção Primária à Saúde para o portador de Anemia Falciforme, visto que é na atenção primária onde existem todas as ferramentas para detecção precoce, tanto do traço falcêmico como da própria doença falciforme.

A Doença Falciforme (DF) é uma enfermidade hereditária causada por uma hemoglobina mutante ligada à descendência de populações originárias, principalmente da África Subsaariana, e também da Índia, da Arábia Saudita e de países mediterrâneos. Atualmente, a DF encontra-se presente em grande parte da população mundial. Estudos dos aspectos antropológicos da hemoglobina S (HbS) sugerem que seu aparecimento esteja ligado ao início do sedentarismo humano há, aproximadamente, 30 mil anos. (BRASIL, 2015).

No que se refere aos aspectos epidemiológicos, sugere-se que a malária foi um fator importante na mutação que gerou esse gene. Enquanto o ser humano teve hábitos nômades, a densidade populacional manteve-se muito baixa, e a malária não tinha transmissão contínua. No entanto, a partir dos primeiros assentamentos agrícolas e da adaptação do mosquito vetor a esses novos ambientes, a malária tornou-se endêmica, e daí a teoria de sua interferência na mutação ocorrida que gerou o gene da HbS (BRASIL, 2015).

Neste contexto, mediante estudos em relação à Doença Falciforme, observamos como acontece o surgimento desta patologia, e de como o meio ambiente e todo o conjunto que a forma tem um processo dinâmico em nossa existência. Uma mutação sofrida em defesa de uma agressão feita por um mosquito, para transmitir a malária, consegue produzir uma mutação que está sendo levada de geração em geração à patologia e à característica genética.

A expressão da doença falciforme é usada para referir síndromes provocadas por uma alteração particular na molécula de hemoglobina. Essa molécula é responsável pelo transporte de oxigênio e é uma das mais abundantes na composição das hemácias. A alteração genética se traduz na substituição de um aminoácido por outro em uma das cadeias proteicas que formam a hemoglobina, na substituição do glutamato por valina, na posição $\beta 6$ – Hb S, o que causa mudança na estrutura da molécula. Tal mudança acarreta menor afinidade com a molécula de oxigênio e a formação de longas

cadeias de hemoglobinas que acabam por formar feixes intracelulares concentrados nas extremidades da hemácia e fazem com que ela adquira a forma de foice (ANDREOLI *et al*, 1997, p.371).

A denominação “anemia falciforme” é reservada para a forma da doença que ocorre nesses homocigotos SS. Além disso, o gene da HbS pode combinar-se com outras anormalidades hereditárias das hemoglobinas, como hemoglobina C (HbC), hemoglobina D (HbD), beta-talassemia, entre outros, gerando combinações que também são sintomáticas, denominadas, respectivamente, hemoglobinopatia SC, hemoblobinopatia SD, e S/beta-talassemia. No conjunto, todas essas formas sintomáticas do gene da HbS, em homocigose ou em combinação, são conhecidas como doenças falciformes, apesar das particularidades que as distinguem e de graus variados de gravidade. (BRASIL, 2002a).

Essas variações genéticas que são observadas nas hemoglobinas evidenciam, a partir da gravidade de cada uma delas, o quanto o papel do pesquisador, junto às ações dos cuidadores, busca um processo de descobertas científicas que levem a ações de promoção da saúde.

A DF está disseminada heterogeneamente na população brasileira, com maior prevalência nos estados de maior concentração de afrodescendentes, e com recorte social entre os mais pobres. A expectativa média de vida para os portadores adultos é inferior a 50 anos. A taxa de letalidade entre crianças menores de cinco anos, sem os cuidados necessários e preconizados, é de 80% (JESUS, 2010), situação esta explicada pela incidên-

cia de eventos agudos graves na infância, mas com evidência de concentração dos óbitos em menores de dois anos (FERNANDES *et al.*, 2010).

Mediante evidências de que temos um país miscigenado, com uma genética bastante favorável para doença falciforme, com todos os seus agravos e letalidades, e que sua maior incidência acontece em uma população com desvantagens sociais e financeiras, Surge assim o SUS, que acolhe uma população que antes era, em sua grande maioria, excluída porque não tinha acesso ao sistema de saúde em virtude deste não ter assegurado o acesso universal.

Segundo a Lei 8.080/90, que regulamenta o SUS, conforme consta no seu 2º artigo, a saúde é direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover condições indispensáveis ao seu pleno exercício, assegurando o acesso universal e igualitário a ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação. (BRASIL, 1990). À medida que a equidade seja concebida na perspectiva da ética e da justiça, a política pública tem um grande potencial de alcançá-la. Não obstante, as históricas iniquidades sociais presentes na sociedade brasileira podem ser obstáculos (PAIM, 2006).

A Portaria nº 822 (BRASIL, 2001), que estabelece o Programa Nacional de Triagem Neonatal - PNTN, mesmo sem levar em conta em seu texto o ativismo negro e feminista para a sua formulação, é reconhecida pelos autores Fry e colaboradores (2005) e **Laguardia (2006)** como resultante de um histórico de luta desses ativistas pela melhoria da saúde da população brasileira, em es-

pecial a negra. O dispositivo legal estabeleceu a necessidade de uma triagem precoce de doenças genéticas, como as falciformes, na população para acompanhamento e tratamento mais adequados. Foi importante, ainda, porque definiu e planejou as fases de implantação do programa, delegando as responsabilidades aos governos federal, estadual e municipal e respectivas Secretarias de Saúde.

O primeiro passo rumo à construção de tal programa foi dado com institucionalização da Triagem Neonatal no Sistema Único de Saúde do Brasil, por meio da Portaria do Ministério da Saúde de 15 de janeiro de 1992, com testes para fenilcetonúria e hipotireoidismo congênito, Fase 1 (BRASIL, 1992). Em 2001, mediante a Portaria nº822/01 do Ministério da Saúde, foi criado o Programa Nacional de Triagem Neonatal - PNTN, incluindo a triagem para as hemoglobinopatias, Fase 2. (CANÇADO; JESUS, 2007).

O diagnóstico neonatal, a pronta instituição do tratamento como vacinas, penicilina profilática e a orientação do reconhecimento precoce do sequestro esplênico pelas mães ou cuidadoras contribuíram para a redução da mortalidade das crianças nos primeiros cinco anos de vida. Outros fatores importantes foram a identificação das crianças com maior risco de acidente vascular cerebral (AVC) e o início precoce das transfusões de hemácias, e o diagnóstico e tratamento da síndrome torácica aguda (STA), condições que são, atualmente, as principais causas de óbito nos adolescentes e adultos jovens. (CANÇADO; JESUS, 2007).

Paralelamente, frisa-se que, em um país considerado mestiço, um programa deve realmente ter uma visão de ampliação do acesso para toda a sociedade e, neste intuito, segregar uma “raça” deixa de lado o histórico sociocultural brasileiro (FRY *et al.*, 2005). Dessa forma, conforme o Programa Nacional de Triagem Neonatal (PNTN), o diagnóstico laboratorial da doença falciforme, assim como das demais doenças a serem detectadas, dispõe o “teste do pezinho” como teste gratuito nas redes de saúde pública para a detecção dessas patologias em todos os neonatais. Esse ato tem o potencial de reduzir a morbimortalidade das doenças e garantir um tratamento precoce, melhorando a qualidade de vida e sobrevivência dos indivíduos (DUCATTI *et al.*, 2001).

Sendo assim, a Atenção Primária à Saúde tem um papel fundamental, pois ao ofertar o teste do pezinho como uma ferramenta para um diagnóstico precoce, estabelece uma inserção de cuidados, orientações e referências aos serviços especializados. Dessa maneira, em tempo hábil, evita-se danos e agravos à criança diagnosticada em uma fase de muita vulnerabilidade à saúde.

Configurando uma fase de consolidação de várias iniciativas, em 16 de agosto de 2005 foi publicada a Portaria de nº 1.391, que institui, no âmbito do SUS, as diretrizes para a Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doença Falciforme e outras Hemoglobinopatias. (BRASIL, 2005).

Já com o SUS e com todo o trabalho que estava sendo realizado de detecção da Doença Falciforme na atenção primária, havia necessidade também de uma

política específica, com diretrizes próprias para acolher inúmeras necessidades que os portadores apresentam para prevenir agravos da patologia e ofertar melhores condições para seu processo de saúde. Surge, assim, a Política Nacional de Atenção Integrada às Pessoas com Doença Falciforme.

Clinicamente, a anemia falciforme (AF), como doença inflamatória crônica, corresponde ao estado homozigoto para a HbS e é caracterizada por episódios repetidos de vaso-oclusão, que são causados pelas hemácias falciformes, com formato de foice, e acarretam diversas complicações clínicas que afetam todos os órgãos e/ou tecidos (HOLSBACH *et. al.*, 2010), como as crises álgicas intensas, a febre, os quadros infecciosos repetidos, o sequestro esplênico, o acidente vascular cerebral (AVC), a síndrome torácica aguda (STA), insuficiência de órgãos, dentre outras (CANÇADO, 2007; BRASIL, 2013).

No Brasil, nascem cerca de 3.500 crianças por ano com doença falciforme ou 1/1.000 nascidos vivos e 200 mil portadores do traço falciforme. Dados do Ministério da Saúde de 2008 revelaram que, entre os estados que realizam o teste neonatal, a Bahia é o que apresentou maior incidência de portadores, sendo 1:650 nascidos vivos, enquanto que Santa Catarina e Paraná apresentaram os menores índices 1:13.500 nascidos vivos (BRASIL, 2015).

Objetivou-se apresentar uma reflexão teórico-metodológica com base na literatura do conhecimento produzido para o doente falciforme que evidenciasse os seus ganhos e conquistas, e como se consolidou esse processo de assistência à saúde. Buscou-se, então,

nos estudos, respostas aos seguintes questionamentos: Qual o cuidado prestado ao portador de anemia falciforme pela atenção primária à saúde? Por que a Atenção Primária à Saúde tem importância no cuidado à saúde na anemia falciforme?

Este estudo torna-se relevante na medida em que possa auxiliar reflexões sobre o papel da rede de atenção primária à saúde para a promoção de saúde na anemia falciforme, visando estabelecer fortalecimento entre o portador de anemia falciforme, familiares, comunidade e as redes de atenção à saúde a partir da atenção primária.

Trata-se de um ensaio teórico-reflexivo que buscou sustentação na literatura nacional. Foram consultados artigos, livros, *sites* e documentos oficiais. A busca foi desenvolvida a partir de consultas nas bases de dados: Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Base de Dados em Enfermagem (BDENF), MEDLINE e Index Psicologia. Para a busca, foram utilizadas as seguintes palavras-chave: Anemia falciforme; Atenção Primária à Saúde; Assistência à Saúde; e Atenção à Saúde.

Para Meneghetti (2011), o ensaio é um meio de análise e elucubrações em relação ao objeto, independentemente de sua natureza ou característica. A forma ensaística é a forma como são incubados novos conhecimentos, até mesmo científicos ou pré-científicos. O objeto de um ensaio, que esteja relacionado ao pensar sobre algum elemento da história, não se subordina à totalidade da história, como mero objeto funcionalizado

em determinado contexto que procura dar compreensão à unidade do objeto, que é pertencer ao movimento da razão como ato de reflexão. A unidade do ensaio é determinada pela unidade do seu objeto, junto com a da teoria e da experiência que se encarnaram nele.

RESULTADOS

Por muito tempo a Doença Falciforme ficou restrita aos Hemocentros ou unidades de referência para tratamentos específicos. Nesta caminhada, levava em sua bagagem vários estigmas e preconceitos, porém, carregava também uma esperança de que o conhecimento fortalecesse a estruturação de sua busca pela saúde. Surgem, então, várias políticas públicas que fortalecem o portador de Anemia Falciforme, dentre elas, a criação do Sistema Único de Saúde - SUS. Sua base doutrinária foi elaborada na 8ª Conferência Nacional de Saúde no ano de 1986. Sendo assim, em 1988, com a criação da Constituição Federal - CF, é formulado o SUS, posteriormente regulamentado com a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. O SUS oferece a constituição de uma política igualitária, onde todos têm direito de acessar os serviços de saúde.

Conforme a Constituição Federal de 1988 - CF-88, a "Saúde é direito de todos e dever do Estado" (BRASIL, 1988). Assim, foi criado o Sistema Único de Saúde (SUS), um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo, que abrange desde o simples atendimento para avalia-

ção da pressão arterial até o transplante de órgãos, garantindo acesso integral, universal e gratuito para toda a população do país. (BRASIL, 2019).

Tendo o SUS os seus princípios doutrinários que são universalidade, integralidade e equidade, buscam-se, em todos os aspectos, um trabalho equânime em saúde. Para acompanhar a Doença Falciforme no Brasil, em virtude do seu contexto histórico, vulnerabilidade e gravidade, a medida inicial para uma melhor visualização de seu desenvolvimento foi a sua inclusão dentro da triagem neonatal, que em 1992 testava Fenilcetonúria e hipotireoidismo congênito. Passou em 2001, mediante Portaria nº 822 do Ministério da Saúde, a realizar a triagem para hemoglobinopatias no Programa Nacional de Triagem Neonatal.

Portanto, a partir da implantação da Portaria nº 822, de 06 de junho de 2001, os tratamentos poderão ser potencializados pela detecção dos casos suspeitos, confirmação diagnóstica, acompanhamento e tratamento das doenças falciformes, conforme preconiza o Programa Nacional de Triagem Neonatal. A Unidade de Saúde da Família possui papel fundamental neste diagnóstico precoce, uma vez que cabe a esta coletar ou encaminhar os clientes para a realização do exame. (BRASIL, 2001), assim como monitorar a busca pelos resultados para avaliação, uma vez que nem sempre os pais retornam para seu recebimento.

Partindo do princípio de que a Estratégia Saúde da Família é a principal entrada do Sistema Único de Saúde (SUS), e que chegou a substituir o modelo antigo, passando agora para assistência à saúde com foco

na promoção e prevenção à saúde, temos as unidades de saúde da família com toda a instrumentalização para atuar junto ao doente, à família e toda a comunidade, oferecendo ações de educação em saúde, e cuidados ao indivíduo e ao coletivo.

A Portaria GM 1.391/05 preconiza que o Sistema Único de Saúde deve promover o seguimento das pessoas diagnosticadas com DF, recebê-las e integrá-las na rede de assistência, bem como garantir a integralidade da atenção por intermédio do atendimento realizado por equipe multidisciplinar. Deve instituir, também, uma política de capacitação para todos os atores envolvidos, promover a educação permanente, o acesso à informação e ao aconselhamento genético. Deve garantir medicamentos essenciais e estimular pesquisas, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida desses indivíduos. (BRASIL, 2005).

Percebe-se que é necessário que ocorra uma estruturação dos serviços de saúde a partir da atenção primária, para o acompanhamento da pessoa com doença falciforme. Isso requer maior investimento em educação permanente de todos os profissionais que atuam na Atenção Básica por meio da Estratégia Saúde da Família, inclusive dos Agentes Comunitários de saúde para o reconhecimento dos sinais e sintomas da doença, tal como para a melhoria no cuidado prestado quando necessário. A estruturação desse sistema descentralizado de atenção à pessoa com doença falciforme conta com o apoio direto do Ministério da Saúde, preconizado na Portaria MS/GM nº 1.391, de 16 de agosto de 2005 (DANTAS; SANCHEZ, 2016).

Diante do relato dos autores, observa-se a necessidade do empoderamento das ações que são desenvolvidas na atenção primária, para que assim haja a consciência do valor de cada etapa do processo que se desenvolve. É importante perceber que o compromisso da Estratégia Saúde da Família é decisivo, mediante uma clientela de variáveis níveis de entendimento, educação e compromisso, onde o compromisso, na maioria das ocasiões, tem que partir do profissional de saúde, seja na busca ativa ao doente detectado no teste do pezinho, ou na percepção do silenciar crônico na comunidade.

Conforme a Portaria nº 2.048/2009 (BRASIL, 2009), por meio do Art. 187, a Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doença Falciforme e outras Hemoglobinopatias foi instituída no âmbito do SUS, e obedecerá às seguintes diretrizes:

- I - promoção e garantia do seguimento das pessoas diagnosticadas com hemoglobinopatias pelo Programa Nacional de Triagem Neonatal - PNTN, recebendo os pacientes e integrando-os na rede de assistência do Sistema Único de Saúde - SUS a partir, prioritariamente, da Hemorrede Pública e provendo assistência às pessoas com diagnóstico tardio de Doença Falciforme e outras Hemoglobinopatias, com a criação de um cadastro nacional de doentes falciformes e outras hemoglobinopatias;
- II - promoção e garantia da integralidade da atenção, por intermédio do atendimento realizado por equipe multidisciplinar, estabelecendo interfaces entre as diferentes áreas técnicas do Ministério da Saúde, visando à articulação

das demais ações que extrapolam a competência da Hemorrede;

III - instituição de uma política de capacitação de todos os atores envolvidos que promova a educação permanente;

IV - promoção do acesso à informação e ao aconselhamento genético aos familiares e às pessoas com a doença ou o traço falciforme;

V - promoção da integração da Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doença Falciforme e outras Hemoglobinopatias com o Programa Nacional de Triagem Neonatal, visando à implementação da fase II deste último e a atenção integral às pessoas com doença falciforme e outras hemoglobinopatias;

VI - promoção da garantia de acesso aos medicamentos essenciais, conforme protocolo, imunobiológicos especiais e insumos, como Filtro de Leucócitos e Bombas de Infusão;

VII - incentivo à pesquisa, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida das pessoas com Doença Falciforme e outras Hemoglobinopatias. Parágrafo único. As diretrizes de que trata este artigo apoiam-se na promoção, na prevenção, no diagnóstico precoce, no tratamento e na reabilitação de agravos à saúde, articulando as áreas técnicas cujas ações têm interface com o atendimento hematológico e hemoterápico. (BRASIL, 2009).

Várias portarias foram publicadas para fortalecimento e implementação da Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doença Falciforme e outras Hemoglobinopatias, assim como foram implementados programas e estratégias. Em 2011, através da Portaria nº 1.459, instituiu-se, no âmbito do Sistema Único de Saúde

de, a Rede Cegonha. A inclusão do diagnóstico da doença falciforme foi instituída na rotina do pré-natal para todas as gestantes. Essa ação visa identificar gestantes com doença falciforme para assegurar o pré-natal de alto risco em ambulatório adequado e, desse modo, contribuir para a redução da morbimortalidade materna.

A Rede Cegonha trata-se de uma estratégia do Ministério da Saúde que visa implementar uma rede de cuidados para assegurar às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo e a atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, tal como garantir às crianças o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis.

A Portaria nº 473, de 26 de abril de 2013, estabelece o protocolo de uso do Doppler Transcraniano como procedimento ambulatorial na prevenção do acidente vascular encefálico em pacientes com doença falciforme. O doppler transcraniano (DTC) deve ser utilizado para a prevenção primária do acidente vascular encefálico (AVE) em pessoas com DF, independentemente do genótipo da doença, com prioridade para os portadores dos genótipos Hemoglobina (Hb) SS e S/beta talassemia, entre 2 e 16 anos de idade, tomando-se como base o estudo Stroke Prevention Trial in Sickle Cell Anemia (STOP).

A Portaria conjunta nº 12, de 11 de abril de 2018, considerando a Portaria nº 298/GM/MS, de 09 de fevereiro de 2018, que inclui no regulamento técnico do sistema nacional de transplantes e compatibiliza, na tabela de procedimentos, medicamentos, órteses, próteses e materiais especiais do SUS a indicação de transplante

mieloablatoivo alogênico aparentado e não aparentado de células-tronco hematopoéticas para tratamento da mucopolissacaridose dos tipos I e II e amplia a faixa etária para indicação de transplante mieloablatoivoalogênico aparentado para tratamento da doença falciforme. (BRASIL, 2018).

O Ministério da Saúde tem realizado pesquisas e estudos buscando avanços no diagnóstico precoce e nas posteriores ações de cuidados, orientações, imunizações e todo o acompanhamento que o portador de anemia falciforme necessita enquanto paciente crônico, tendo como provedor de cuidados em saúde o SUS.

O SUS, por meio da hemorrede e hospitais de referência, tem garantido esses avanços a seus usuários. No entanto, é possível melhorar a equidade na distribuição desses benefícios, com o envolvimento da rede de Atenção Básica (AB) nos cuidados das pessoas com DF, assim como aprimorar a inclusão nas demais redes de atenção à saúde. A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinâmica existente no território em que vivem as populações.

A Atenção Básica deve ser o contato preferencial dos usuários com o sistema de saúde, sendo orientada pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, da coordenação do cuidado, do vínculo, da longitudinalidade, da integralidade, da responsabilização, da huma-

nização, da equidade e da participação social. A equipe da Estratégia da Saúde da Família (ESF) é o centro ordenador desses serviços em todos os níveis de atenção. (BRASIL, 2015).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Políticas públicas foram criadas e sofrem constantes mudanças para uma finalidade única, que se encerra na busca pela saúde de uma população com vários agravos. Temos assim como autores e atores deste processo, o dever de tornar visíveis e aplicáveis tais políticas para os que necessitam.

É necessário que haja maior conscientização de todos os profissionais a respeito do valor de cada conduta desenvolvida na atenção primária e que é através dela que ocorre a estruturação dos demais serviços de saúde. Para o acompanhamento da doença falciforme, necessita-se sempre de um processo de trabalho contínuo das equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), maior integração constante das redes de atenção e um processo de educação permanente.

Portanto, como foi observado nos estudos, há crescentes avanços que foram evidenciados com as ações desenvolvidas por pesquisas e pelo Ministério da Saúde, nas quais essas ações foram implementadas pelo SUS, tendo como porta de entrada o Programa Saúde da Família (PSF) na atenção primária à saúde, buscando um cuidar integral para o portador de anemia falciforme.

REFERÊNCIAS

ANDREOLI, T. *et al.* Distúrbios das hemácias. In: ANDREOLI, T. *et al.* **Cecil: medicina interna básica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1997. cap. 16, p. 368-383.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Manual de diagnóstico e tratamento de doenças falciformes**. Brasília: ANVISA, 2002a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 set. 1990. Seção 1, p. 805. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 15 jun. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria conjunta nº 12, de 11 de abril de 2018. Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Mucopolissacaridose do tipo I. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 18 abr. 2018. Seção 1, p. 95. Disponível em: http://www.in.gov.br/web/guest/materia/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/10852163/do1-2018-04-18-portaria-conjunta-n-12-de-11-de-abril-de-2018-10852159. Acesso em: 18 jun. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 22, de 15 de janeiro de 1992. Torna obrigatória a inclusão no planejamento das ações de saúde dos estados, municípios e distrito federal, públicos e particulares contratados em caráter complementar, do programa de diagnóstico precoce do hipotireoidismo congênito e fenilcetonúria. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 16 jan. 1992. Seção 1, p. 649. Disponível em: https://www.medicina.ufmg.br/nupad/apresentacao/apresentacao_instrumentos_legais_portaria_22.html. Acesso em: 15 jun. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 473, de 26 de abril de 2013. Estabelece protocolo de uso do Doppler Transcraniano como procedimento ambulatorial na prevenção do acidente vascular encefálico em pacientes com doença falciforme. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 26 abr. 2013. Seção 1, p. 149. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2013/prt0473_26_04_2013.html. Acesso em: 15 jun. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 822, de 6 de junho de 2001. Cria o programa nacional de triagem neonatal PNTN. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 7 jun. 2001. Seção 1, p. 71. Disponível em: http://bvsm.sau.gov.br/bvs/sauolegis/gm/2001/prt0822_06_06_2001.html. Acesso em: 16 jun. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.391, de 16 de agosto de 2005. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, as diretrizes para a Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doença Falciforme e outras Hemoglobinopatias. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 18 ago. 2005. Seção 1, p. 764. Disponível em: http://bvsm.sau.gov.br/bvs/sauolegis/gm/2005/prt1391_16_08_2005.html. Acesso em: 12 jun. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Rede Cego-nha. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 25 jun. 2011. Seção 1, p. 479. Disponível em: http://bvsm.sau.gov.br/bvs/sauolegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html. Acesso em: 18 jun. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.048, de 3 de setembro de 2009. Aprova o regulamento do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 4 set. 2009. Seção 1, p. 496. Disponível em: http://bvsm.sau.gov.br/bvs/sauolegis/gm/2009/prt2048_03_09_2009.html. Acesso em: 18 jun. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema Único de Saúde (SUS):** estrutura, princípios e como funciona. Brasília: Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: <http://www.sau.gov.br/sistema-unico-de-sau>. Acesso em: 18 jun. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Hospitalar e de Urgência. **Doença falciforme:** diretrizes básicas da linha de cuidado. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

CANÇADO, R. D.; JESUS, J. A. A doença falciforme no Brasil. **Rev. Bras. Hematol. Hemoter.**, São Paulo, v. 29, n. 3, p. 203-206, mar. 2007.

DANTAS, Leila Grazielle Silva Dantas; SANCHEZ, Heriberto Fiuza. Proposta de atendimento em saúde bucal para portadores de anemia falciforme na atenção primária à saúde. **Rev. APS**, Juiz de Fora, v. 19, n. 4, p. 623-629, dez. 2016.

DUCATTI, R. P. *et al.* Investigação de hemoglobinopatias em sangue de cordão umbilical de recém-nascidos do Hospital de Base de São José do Rio Preto. **Rev. Bras. Hematol. Hemoter.**, São Paulo, v. 23, n. 1, p. 23-29, jan. 2001.

FERNANDES, A. P. P. C. *et al.* Mortalidade de crianças com doença falciforme: um estudo de base populacional. **J. Pediatr.**, Rio de Janeiro, v. 86, n. 4, p. 279-284, abr. 2010.

FRY, P. H. O significado da anemia falciforme no contexto da “política racial” do governo brasileiro 1995-2004. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 347-370, jul. 2005.

FRY, P. H. *et al.* Divisões perigosas: políticas raciais no Brasil contemporâneo. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 1, p. 206-211, jan. 2005.

HOLSBACH, D. R. *et al.* Investigação bibliográfica sobre a hemoglobina S de 1976 a 2007. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 23, n. 1, p. 119-124, jan. 2010.

JESUS, J. A. Doença falciforme no Brasil. **Gaz. Med. Bahia**, Salvador, v. 80, n. 3, p. 8-9, out. 2010.

LAGUARDIA, J. No fio da navalha: anemia falciforme, raça e as implicações no cuidado à saúde. **Revista Estudos Feministas**, v. 14, n. 1, p. 243-262, jan. 2006.

MENEGHETTI, Francis Kanashiro. O que é ensaio-teórico? **RAC**, Curitiba, v. 15, n. 2, p. 320-332, mar. 2011.

PAIM, J. S. Equidade e reforma em sistemas de serviços de saúde: o caso do SUS. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 15, n. 2, p. 34-46, fev. 2006.

RAMALHO, A. S.; MAGNA, L. A.; SILVA, R. B. P. Portaria nº 822/01 do Ministério da Saúde e as peculiaridades das hemoglobinopatias em saúde pública no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 1195-1199, abr. 2003.

CAPÍTULO 15

ANÁLISE DAS PRODUÇÕES CIENTÍFICAS RELACIONADAS À EDUCAÇÃO PERMANENTE EM REDUÇÃO DE DANOS

*Maria Caruline Furtado de Melo Martins
Milena Lima de Paula*

INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS), além de oferecer assistência integral à saúde no âmbito da promoção, prevenção e reabilitação dos usuários, busca garantir a qualidade e excelência nos serviços oferecidos por suas redes de assistência (BRASIL, 1990).

Nesse sentido, os profissionais servidores e/ou prestadores do SUS, possuem oportunidade de terem qualificação dentro das organizações que estão trabalhando. A lei que regulamenta o SUS prevê como competência a promoção e articulação de formação de recursos humanos para atuação nas áreas de saúde (BRASIL, 1990).

A publicação da Portaria 1.996 de agosto de 2007, que dispõe sobre as diretrizes e implementação da Política de Educação Permanente (PEP), garantiram a qualificação dos profissionais do SUS, para o SUS. Buscaram de-

envolver essa política de uma forma que garantisse na sua implantação as singularidades que cada serviço possui, para assim, oferecer e capacitar seus profissionais de acordo com as necessidades do serviço (BRASIL, 2018).

Assim, a EP foi proposta como uma ferramenta político-pedagógica que tem o objetivo de propor qualificação para os profissionais, a partir de problemas e necessidades que surgem do contexto do serviço. Sendo discutido em seus processos de ensino-aprendizagem, a resolução de problemas a partir das experiências dos trabalhadores, com intuito de agregar conhecimento para produção de mudanças nos processos de trabalho (BRASIL, 2018).

Desse modo, a EP é compreendida como uma política de formação para o trabalho, proporcionando aos trabalhadores de saúde, uma capacitação voltada para o contexto do SUS. É desenvolvida dentro do próprio serviço, gerando uma reflexão das práticas profissionais (BRASIL, 2007). Essa política foi pensada para fortalecer as ações do SUS, proporcionando desenvolvimento técnico-científico dos profissionais que integram os serviços de saúde ou da rede (FAGHERAZZI *et al.*, 2018) tipo relato de experiência, conduzido por seis profissionais de Enfermagem que desenvolveram um treinamento teórico e coletivo com ACS de um município localizado na região Sul do Brasil. Para a coleta dos dados, aplicou-se um questionário estruturado, pré e pós-capacitação, que continha oito questões sobre a temática abordada. Os resultados são apresentados pelas frequências (absolutas e relativas).

Pensando nos desafios que o SUS enfrenta para efetivação dos seus serviços e para qualificação profissional, não podemos esquecer os desafios enfrentados pela Política de Redução de Danos, que possui, aproximadamente, dezesseis anos de implantação e já foi considerada estratégia oficial para a atuação junto às pessoas que fazem uso de drogas e, mesmo assim, enfrentam dificuldades na execução e na compreensão pelos profissionais das suas principais estratégias.

A Política de Redução de Danos (PRD) era uma política de saúde que tinha o objetivo de reduzir os danos causados aos sujeitos nos âmbitos biológico e social, respeitando sua autonomia em decidir a interrupção ou não do uso da substância. E propõem reduzir o risco, sem diminuir a frequência do comportamento (NIEL; SILVEIRA, 2009).

No Brasil, desde a implantação da Política Nacional Antidrogas aprovação do decreto Nº 4.345 de agosto de 2002, busca compreender os fenômenos das drogas, oficializou-se ferramentas, colegiados e ações que visavam diminuir e cessar esse fenômeno (BRASIL, 2002).

Monteiro (2011) relata que o fenômeno das drogas tem aumentado expressivamente nos últimos anos no Brasil e aponta que as estratégias tradicionais de “Combate de Guerras às Drogas” têm demonstrado insucesso nessas ações. Assim, aponta que ações de prevenção, com cunho educativo planejado com as singularidades do público, respondem com mais eficácia.

No Brasil, existem duas vertentes de trabalho para as pessoas que fazem uso de drogas: a vertente da

Abstinência, utilizada atualmente como modelo oficial a partir do Decreto Nº 9.761 de abril de 2019, em que institui novamente a política de repressão e “combate às drogas”, retirando as ações que visava a proposta de redução de danos (BRASIL, 2019).

E a segunda vertente é da Redução de Danos, utilizado de 2002 a meados de 2019, como modelo oficial reconhecido pelo Decreto nº 4.345 de agosto de 2002. Esse modelo além de entender o sujeito na sua singularidade, compreende o fenômeno das drogas como multifatorial, buscando romper assistência repressora e criminalista (BRASIL, 2002).

Embora tivesse como modelo oficial a PRD, muitos profissionais desconheciam suas principais estratégias, fragilizando os serviços que deveriam favorecer o desenvolvimento de ações em RD.

Henrique *et al.*, (2016) apontam que um dos principais desafios nos trabalhos com pessoas que fazem uso de drogas é a desqualificação dos profissionais e formação insuficiente. Isso contribui para o engessamento de práticas biomédicas e favorece a percepção do fenômeno droga como ‘doença biológica’, enfatizando a droga dependência.

Com isso, fortalece no imaginário da sociedade que a vertente que demonstra maior eficácia nas condutas terapêuticas para as pessoas que fazem uso de drogas, é abstinência (HENRIQUE *et al.*, 2016).

Por entender que PEP é uma estratégia político-pedagógica com potencial para construção e desconstrução de prática em saúde, e por observar as fragiliza-

ções que rodeiam a RD, se vê a necessidade de entender como essa ferramenta está sendo utilizada para compreensão nas práticas de RD.

A partir do exposto, compreendendo o princípio da PEP e conhecendo os problemas que envolvem a atuação dos profissionais que trabalham com pessoas que fazem uso de drogas, bem como suas limitações, propomos o presente estudo para analisar as produções científicas relacionadas à educação permanente em redução de danos, com intuito de verificar as contribuições para a qualificação profissional.

MÉTODO

Para alcançar o objetivo proposto, adotou-se a revisão integrativa da literatura, que contribui para o processo de sistematização e análise dos resultados, buscando conhecer o que já existe disponível na literatura, a partir da análise de estudos anteriormente publicados (CAROLINA *et al.*, 2018).

A pesquisa seguiu os padrões de rigor metodológicos propostos por Mendes, Silveira e Galvão (2008), que nos orienta seguir seis etapas para desenvolvimento do método.

Iniciamos definindo a pergunta norteadora: Quais as produções científicas sobre educação permanente em redução de danos? Utilizamos a estratégia PICO (População, Intervenção/Interesse, Comparação e Resultado) para montar as equações de busca nas bases de dados.

No segundo momento, realiza-se a busca com a expressão 'Educação Permanente em Redução de Danos'. Buscou-se, através da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), onde encontramos trabalhos nas seguintes bases: LILACS, Medline, Index, Scielo, dentre outras.

Com essa busca foram encontrados vinte e nove, onde vinte e um eram textos completos disponíveis e apenas quatorze eram artigos científicos. Foram utilizados como critério de inclusão: textos completos e tipo de documento, como artigo. Foram excluídos os achados que não responderam à pergunta norteadora. Ficou para análise seis artigos, e foram incluídos no estudo por responder à pergunta norteadora apenas quatro.

Realizamos uma nova busca com a seguinte expressão 'Educação em redução de danos' seguindo o mesmo processo da primeira. Foram filtrados quinhentos e vinte e nove documentos, desses, trezentos de quarenta e sete textos completos disponíveis. Aplicados os seguintes filtros: assuntos (Redução de Danos; Saúde Pública; Conhecimento Usuários de Drogas; Saúde Mental;) e tipo de texto: artigo. Encontramos duzentos e quatorze achados.

Realizou-se a leitura superficial para seleção dos artigos, ficaram para análise nove artigos, permaneceram na análise seis estudos. Foram utilizados os mesmos critérios de inclusão e exclusão da primeira busca, ficando três incluídos nos estudos. "Tivemos dificuldade em selecionar, pois a expressão 'Educação em Redução de Danos' está relacionado à educação de usuários, não tendo ligação com a Educação Permanente ou de profissionais.

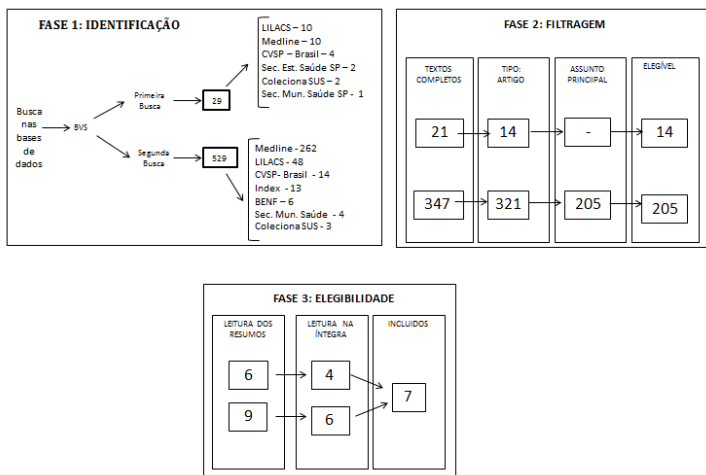
No terceiro momento, com intuito de organizar e sumarizar as informações de maneira concisa para formar um banco de dados de fácil acesso e manejo, as informações foram agrupadas em tabela de *software* Excel com os seguintes dados: título, autor, identificação do estudo, objetivos do estudo, *design* do estudo, principais resultados e conclusões. Como mostra o Quadro 1.

No quarto momento, realizou-se análise dos achados de forma crítica, onde eles foram agrupados conforme suas semelhanças e diferenças. Após a leitura na íntegra ficaram setes artigos para compor o *corpus* do estudo. Na figura 1 apresentamos a esquematização das fases da revisão bibliográfica.

Posteriormente, no quinto momento, as revisoras fundamentadas nos resultados da avaliação crítica dos estudos incluídos, realizaram uma comparação da literatura pertinente, a identificação das conclusões e implicações resultantes da revisão integrativa.

E, por fim, apresentaram os dados de forma qualitativa, com intuito de permitir os pesquisadores avaliar os resultados encontrados pelas buscas.

Figura 1 - Esquema da busca para seleção dos artigos



Fonte: Elaborado pelas autoras

RESULTADO E DISCUSSÕES

No Quadro 1 são apresentados os artigos que foram incluídos no estudo, são publicações dos anos de 2011 a 2019 com informações sobre autores, ano de publicação, o título, o desenho metodológico e o objeto/objetivo.

Quadro 1 - Característica dos artigos sobre 'Educação Permanente em Redução de Danos' e 'Educação em Redução de Danos'

Autor e Ano	Título	Tipo de pesquisa/ Método	Objeto / Objetivo do Estudo
Souza, K.M. Monteiro, S, 2011	A abordagem de redução de danos em espaços educativos não formais: um estudo qualitativo no estado do Rio de Janeiro, Brasil	Abordagem qualitativa – Análise documental, entrevistas e observações direta.	Analisar trajetória e as práticas profissionais de educadores
Camarotti, A.C. Kornblit, A.L. Leo, P.F. 2013	Prevención del consumo problemático de drogas en la escuela: estrategia de formación docente en Argentina utilizando TIC	Estudos Qualitativos - Análise do corpus seguimos as orientações gerais Grounded Theory, Atlas.ti usando software como auxiliar.	Identificar os principais tipos de posições discursivas presentes nas intervenções de professores nos 6 fóruns do módulos do curso
Cody Callon, Cody; Charles, Grant; Alexander, Rick; Will, pequeno; Kerr, Thomas 2013	'On the same level': facilitators' experiences running a drug user-led safer injecting education campaign	Estudo Qualitativo - Foram realizadas entrevistas semiestruturadas aos facilitadores de oficinas do programa "Injetar mais Seguro" Com análise temática dos achados.	Este estudo descreve uma campanha de educação: "Injetar mais seguros", que levou usuário de drogas e facilitadores a explorar as experiências vivenciadas nas oficinas educativas.
Luciana Cordeiro, Aline Godoy, Cassia Baldini Soares 2014	A supervisão como processo educativo: Construindo o paradigma de redução de danos emancipatória com uma equipe de CAPS-AD	Análise qualitativa Relato de experiência sobre supervisão de equipe de CAPS AD	Discutir processo de supervisão em um Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e outras Drogas, CAPS-AD de uma cidade do estado de São Paulo com a finalidade de transformar as práticas da equipe de saúde, refletindo sobre o processo de produção em saúde e os processos de trabalho

Silveira, R. W.M 2016	Redução de Danos e Acompanhamento Terapêutico: Aproximações Possíveis	Relato de experiência	Projeto-piloto de capacitação de agentes redutores de danos (RDS) destinados ao cuidado de pessoas que usam álcool e outras drogas num determinado território da cidade de Uberlândia
Dias, R.M. .; Passos,E; Silva, M.M.C 2016	Uma política da narratividade: experimentação e cuidado nos relatos dos redutores de danos de Salvador, Brasil.	Estudo qualitativo, Relato de experiência utilizou como ferramenta o diário de campo.	Investiga a política da narratividade vigente no relato das experiências de campo realizadas por redutores de danos de um Programa de Redução de Danos (PRD) de Salvador, Brasil, em 2012
Batista, C.B. Vasconcelos, M.P.N V e c c h i a , M.D. Queiroz, I.S. 2019	A educação permanente em redução de danos: experiência do Curso de Atenção Psicossocial em Álcool e outras Drogas	Abordagem Qualitativa. Relato de experiência com instrumentos: diários de campo e relatórios do curso.	Salientar o processo ensino-aprendizagem envolvido na apresentação e debate da proposta de RD com base na problematização da atuação cotidiana dos cursistas

Fonte: Elaborado pelas autoras.

Para análise do conteúdo temático dos trabalhos foram reunidos em três categorias: primeiro grupo analisaram as percepções acerca da Redução de Danos encontrados nos trabalhos, no segundo grupo, reuniu as Contribuições Metodológicas vistas nos trabalhos e no terceiro as principais percepções dos autores acerca das ações em educação permanente.

a) Percepção sobre Redução de Danos

Inicialmente, antes das práticas utilizadas pelas atividades de 'Educação Permanente', a compreensão sobre RD, são conceitos que perpassavam pela visão proibicionista, com a utilização do método da abstinência. A RD, embora já apresente uma vasta literatura

sobre as concepções teórico-prático das metodologias utilizadas nas ações e condutas terapêuticas, ainda enfrentam uma série de dificuldades desde implantação de ações até a consolidação da rede de assistência a pessoas que fazem uso de drogas (MACHADO et al., 2016) (CAMAROTTI, ANA CLARA; KORNBLIT, ANA LÍA; DI LEO, 2013) (DIAS; PASSOS; SILVA, 2016).

Sobre a visão dos trabalhos é bastante forte as condutas terapêuticas voltadas para orientações tradicionais para percepção da moral, dos valores e dos estigmas que rodeiam o fenômeno das drogas (MONTEIRO, 2011) (CORDEIRO; GODOY; SOARES, 2014) (CAMAROTTI, ANA CLARA; KORNBLIT, ANA LÍA; DI LEO, 2013).

Percebe-se que antes da utilização das ferramentas da educação permanente, foi revelado que o conhecimento prévio dos profissionais estavam ligados a visões reducionistas, individualistas e moralistas sobre o tema (CAMAROTTI, ANA CLARA; KORNBLIT, ANA LÍA; DI LEO, 2013)(DIAS; PASSOS; SILVA, 2016).

Entretanto, posterior aos trabalhos realizados, viu-se possibilitar aos participantes uma compreensão ampliada do fenômeno das drogas, passando desde a compreensão das vertentes de cuidado (das formas de uso), a uma percepção do fenômeno como multifatorial até aos princípios que envolvem a visão da RD (BATISTA et al., 2019).

Os autores concluem que o uso de drogas não deve ser tratado de forma isolada ou simplesmente reduzida a uma parcela da população, e sim buscar ações que possibilitem articulações das redes de proteção e cuidado com esses sujeitos. Com utilização de interven-

ções que valorize a subjetividade e proporcione a autonomia (CAMAROTTI *et al.*, 2013 e MACHADO *et al.*, 2016).

Porém, não pode se limitar as instituições públicas, e sim envolver a sociedade civil e organizada, com intuito de minimizar os preconceitos e os reducionismos que envolvem a temática droga (MONTEIRO, 2011 e CORDEIRO; GODOY; SOARES, 2014).

b) Metodologias utilizadas nas formações de educação permanente

Nos trabalhos, foram utilizados quatro tipos de ferramentas da Educação Permanente: quando o trabalho foi fruto de programas e projeto, onde três utilizaram cursos e um foi através de supervisão de campo. Dentro do processo de ensino-aprendizagem foram utilizadas metodologias ativas que possibilitassem aos participantes sentir-se ativo dentro do processo de construção do conhecimento e reflexão das suas práticas de trabalhos (CORDEIRO; GODOY; SOARES, 2014; MONTEIRO, 2011; MACHADO *et al.*, 2016; CAMAROTTI *et al.*, 2013; CALLON *et al.*, 2013; DIAS; PASSOS; SILVA, 2016; CORDEIRO; GODOY; SOARES, 2014).

Os autores relatam que a utilização dessas metodologias favoreceu uma formação orientada nas práticas de cuidado e pautada na autonomia dos processos de formação (CORDEIRO; GODOY; SOARES, 2014; MONTEIRO, 2011; BATISTA *et al.*, 2019).

No desenvolvimento das ações foram proporcionados espaços que estimulassem a disseminação do conhecimento, estímulos a diálogos e discussão que en-

volvesse a dimensão histórica, cultura, epidemiológica, jurídica, política e clínica, acerca dos ‘fenômenos drogas’ e construção de material didático sobre a temática (CORDEIRO; GODOY; SOARES, 2014; MONTEIRO, 2011; MACHADO et al., 2016; CAMAROTTI et al., 2013; CALLON et al., 2013; DIAS; PASSOS; SILVA, 2016; CORDEIRO; GODOY; SOARES, 2014).

Outro momento rico nos discursos dos autores foi a reflexão feita por profissionais que foram realizadas acerca da formação oferecida e repercussões nas suas práxis (CAMAROTTI et al., 2013 e BATISTA et al., 2019). Além de proporcionarem trocas de informações das limitações, dificuldades e vivências emocionais que tiveram no cotidiano (CAMAROTTI, ANA CLARA; KORNBLIT, ANA LÍA; DI LEO, 2013; MONTEIRO, 2011).

Ainda sobre as reflexões que os autores trouxeram, nota-se que as metodologias ativas (DIAS, 2018), entendidas como ferramentas pedagógicas permitem a construção de pensamento crítico sobre as representações culturais enraizadas acerca da temática ‘drogas’ (CORDEIRO; GODOY; SOARES, 2014; MONTEIRO, 2011; MACHADO et al., 2016; CAMAROTTI et al., 2013; CALLON et al., 2013; DIAS; PASSOS; SILVA, 2016; CORDEIRO; GODOY; SOARES, 2014). Podemos observar, também, que a produção científica sempre aponta o estigma e as dificuldades de transição nas ações em RD, haja vista já serem realizadas algumas ações que pactuam com as metodologias da RD, mas os profissionais não as reconhecem ou não possuem segurança no desenvolvimento delas.

c) Principais percepções dos autores:

Os autores relatam que, mesmo reconhecendo os aspectos singulares de cada ferramenta, discutindo e refletindo sobre as questões que envolvem o uso das drogas, os participantes ainda apresentam posições dicotômicas e ambivalentes em relação às intervenções. O senso comum, o pensamento e atitudes no modelo da moral e da doença, constituem boa parte do conhecimento prévio e das ações dos participantes (MONTEIRO, 2011; MACHADO et al., 2016; CAMAROTTI, ANA CLARA; KORNBLIT, ANA LÍIA; DI LEO, 2013; CORDEIRO; GODOY; SOARES, 2014; MONTEIRO, 2011).

Embora a RD tenha sido a estratégia oficial nos últimos anos para acompanhamento de pessoas que fazem uso de drogas, alguns autores reportam que poucos são os projetos e programas que possuem financiamento para desenvolver ações de RD para tratar sobre Droga e Saúde (DIAS; PASSOS; SILVA, 2016; CORDEIRO; GODOY; SOARES, 2014).

Observa-se que com o desenvolvimento das ações propostas pela RD vão sendo incorporadas pelos participantes, como proposta de mudanças de atuação. Percebe-se que os participantes apresentam sentimentos positivos frente às novas práticas e ganham percepções diferentes sobre as suas condutas com esses usuários. (CALLON et al., 2013; CAMAROTTI, ANA CLARA; KORNBLIT, ANA LÍIA; DI LEO, 2013).

Dias; Passos; Silva, (2016) relatam que em sua metodologia poderia ter melhorado o aspecto do trabalho, incorporando conhecimento técnico acerca da temática.

Callon et al., (2013) evidenciou também a necessidade de melhorar as condutas e situações de atenção a usuários com overdose ou incorporação dentro do conteúdo programático às ações que tratasse desse assunto.

Os autores também evidenciaram que os trabalhadores que possuem dificuldades nas ações com usuários de drogas, se sentem muitas vezes inseguros e amedrontados em lidar com essas demandas. Essa situação se agrava na medida em que esses trabalhadores não possuem espaços de discussão dos processos de trabalho e alegam uma rede fragmentada para possível articulação com essa problemática. (CORDEIRO; GODOY; SOARES, 2014; MONTEIRO, 2011; MACHADO et al., 2016)

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No presente trabalho, os artigos apresentados evidenciaram as dificuldades dos profissionais em compreenderem a verdadeira essência das práticas de redução de danos. A cultura moralista é muito presente nos achados de todos os trabalhos utilizados nos estudos.

Entretanto, observamos o quão necessárias são as ações e as atividades de educação permanente, bem como o desenvolvimento técnico-científico para profissionais que atuam com essa temática. Podemos perceber, ao longo do estudo, que os achados contribuem de forma significativa para a consolidação das práticas e proporcionam maior segurança e autonomia dos profissionais para lidarem com os indivíduos que fazem

uso de drogas, podendo assim dar assistência com mais qualidade aos usuários dos serviços de saúde.

No tocante às questões culturais, observa-se que essas atividades desenvolvidas proporcionam uma reflexão ampliada acerca do fenômeno das drogas e contribuindo para ‘transformação’ da cultura moralista e discriminatória que perpassam as drogas.

Ainda assim, com a vasta literatura que se dispõem sobre redução de danos, pouco foi encontrado sobre a ‘Educação Permanente’. Nota-se o quanto é importante essas ações para uma melhor atuação profissional no que diz respeito às melhorias dos processos de trabalho, podendo oferecer uma assistência melhor e com qualidade aos usuários.

REFERÊNCIAS

BATISTA, C. B. *et al.* A educação permanente em redução de danos: experiências do Curso de Atenção Psicossocial em Álcool e outras Drogas. **Interface (Botucatu)**, 2019.

BRASIL. **Lei 8.080, de 19 de Setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços. Brasília, DF: Senado, 1990.

BRASIL. **Decreto nº 9.761, de 11 de abril de 2019**. Política Nacional sobre Drogas, 2019.

BRASIL. **Decreto Nº 4.345, de 26 de agosto de 2002**. Institui a Política Nacional Antidrogas e dá outras providências. 2002.

BRASIL. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento?** [s.l: s.n.].

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.996, de 20 de agosto de 2007**. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. p. 1-10, 2007.

CALLON, C. *et al.* "On the same level": Facilitators' experiences running a drug user-led safer injecting education campaign. **Harm Reduction Journal**, v. 10, n. 1, p. 1-10, 2013.

CAMAROTTI, A. C.; KORNBLIT, A. L.; DI LEO, P. F. Prevención del consumo problemático de drogas: abordajes en torno al consumo problemático de drogas en la escuela. **EDUCAR**. Buenos Aires - Argentina, p. 1-17, 2013.

CAMAROTTI, A. C. *et al.* Prevenção do consumo problemático de droga na escola. **INTERFACE**.V. 17, n. 46, p. 695-703, Buenos Aires - Argentina, jul/set, 2013.

CAROLINA, A. *et al.* Revisão integrativa da literatura: sono em lactentes que frequentam creche. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 71, n. 2, p. 453-460, 2018.

CORDEIRO, L.; GODOY, A.; SOARES, C. B. A supervisão como processo educativo: Construindo o paradigma de redução de danos emancipatória com uma equipe de CAPS-AD. **Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar**, v. 22, n. Especial, p. 153-159, 2014.

DIAS, G. Á. Redução de danos e políticas públicas para pessoas que usam drogas: um relato de experiência sobre a formação clínico - política - pedagógica na formação profissional. **Rev. psicol. polít.**, São Paulo, v. 18, n. 42, p. 353-363, 2018.

DIAS, R. M.; PASSOS, E.; SILVA, M. M. C. Uma política da narratividade: Experimentação e cuidado nos relatos dos redutores de danos de Salvador, Brasil. **Interface: Communication, Health, Education**, v. 20, n. 58, p. 549-558, 2016.

FAGHERAZZI, V. *et al.* Educação permanente sobre a doação de órgãos/tecidos com agentes comunitários de saúde TT. **Rev. enferm. UFPE** [on-line], v. 12, n. 4, p. 1133-1138, 2018.

HENRIQUE, P. *et al.* O Ecomapa como ferramenta na formação para o trabalho em rede no campo de álcool e outras drogas. **Pesqui. prá. psicossociais**, São João del-Rei, v. 11, n. 3, p. 669-681, 2016.

MACHADO, R. W. *et al.* Redução de danos e acompanhamento terapêutico: aproximações possíveis. **Rev. NUFEN**, Belém, v. 8, n. 1, p. 110-128, 2016.

MONTEIRO, K. M. DE S. S. A abordagem de redução de danos em espaços educativos não formais: um estudo qualitativo no estado do Rio de Janeiro, Brasil. **Interface (Botucatu)** [online], v. 15, n. 38, p. 833-844, 2011.

NIEL, M.; SILVEIRA, D. X. da. **Drogas e redução de danos**: uma cartilha para profissionais de saúde, p. 96, 2009.

REDE CEGONHA E O TRABALHO DO ENFERMEIRO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

*Rosângela de Sousa Cavalcante
Mardênia Gomes Vasconcelos Pitombeira*

INTRODUÇÃO

Na saúde pública, as competências favorecem a comunicação entre as linhas, programa e organizações, bem como contribuem com o crescimento profissional.

É importante pensar em um conjunto de competências para programas preconizados para a assistência, para grupos de trabalhadores ou serviços essenciais, reforçando a importância do trabalho interdisciplinar no contexto da APS (TELO; WITT, 2018).

A Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil, regulamentada pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), é caracterizada por um conjunto de ações de saúde, no contexto individual e coletivo que engloba a promoção e a proteção da saúde, a prevenção, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral (LEMOS, 2014).

O incentivo à sistematização e à integralização das redes de atenção à saúde nos sistemas de saúde passou a ter maior destaque, a partir da Rede Cegonha, que caracteriza ações de saúde da mulher e que objetiva, entre outros, promover a ampliação e qualificação do acesso às ações de planejamento reprodutivo (RATTNER, 2014).

A Rede Cegonha abrange uma relevante parcela dos recursos na priorização da atenção ao período reprodutivo, objetivando qualificar a atenção ao planejamento reprodutivo, à gestação, a partos e a nascimentos, ao pós-parto e aos primeiros dois anos de vida, favorecendo a saúde das mulheres (RATTNER, 2014).

A APS reúne programas de conscientização e assistência, visando aumento da efetividade dos sistemas de saúde, da promoção da equidade, da satisfação dos usuários e da eficiência à saúde da família (MESQUITA, 2016).

Humanização é acolher, ouvir, discutir as possibilidades em conjunto e proporcionar a autonomia, protagonismo e privacidade à mulher, a qual é a verdadeira protagonista do trabalho de parto. O parto humanizado também é definido como natural e fisiológico e, representa-se pelo respeito ao decurso do parto de acordo com sua fisiologia natural, aumentando ainda o estímulo para a participação ativa da mulher no trabalho de parto (BRASIL, 2013).

A definição de parto humanizado é o parto onde a mulher torna-se a protagonista do ato, onde ela apropria-se conscientemente o comando do trabalho de parto. Ela usa sua natureza em seu favor, permitindo condu-

zir pelos sinais fisiológicos de seu corpo, que a promove para o parto. Apenas quando existe indicação real se faz alguma intervenção obstétrica, como analgesia, episiotomia e ocitocina endovenosa (BALASKAS, 2015a).

Um parto humanizado não se restringe apenas a não aplicação de práticas prejudiciais e intervenções desnecessárias. É uma conduta de assistência, que visa a realização de acolhimento, respeito e dignificação da mulher.

Os avanços no conhecimento e saberes na área obstétrica têm ocasionado um desenvolvimento oportuno com relação às competências dos enfermeiros, mobilizando um conjunto de valores, aprendizagens e habilidades, qualificando sua atuação profissional na atenção ao pré-natal, parto e nascimento, desta forma, contribuindo diretamente para a promoção da maternidade segura.

Esse profissional deve ser capacitado a debater questões com relação à rotina de acompanhamento do pré-natal referente às consultas, às vacinas, aos sintomas manifestados pela gestante e outros, como também questões individuais referentes ao significado da gestação, das relações familiares e com o companheiro (NASCIMENTO, 2018).

A atuação do enfermeiro tem fundamental importância dentro do preconizado pela RC, não somente na assistência, mas também na sua operacionalização e gestão, ressaltando o fortalecimento da sua identidade profissional, obtido por meio da qualificação e, principalmente, do seu comprometimento em contribuir com a qualidade da assistência nos serviços de saúde (NARCHI, 2010).

A escolha desta temática deveu-se ao interesse e à preocupação enquanto gestora de uma Unidade de Atenção Primária à Saúde, para que possamos analisar a implementação e a conduta da rede cegonha, referente à atuação do profissional enfermeiro, de forma que este estudo possa contribuir com a qualificação do processo de trabalho junto às gestantes.

Esta pesquisa contribuirá com o avanço na qualidade da assistência prestada pela equipe de enfermagem, que realiza o acompanhamento à gestante e à criança, com uma assistência integral conforme é descrito no Programa Rede Cegonha, assim como sua efetivação e fortalecimento.

O estudo, além de poder trazer uma melhor análise pela equipe de enfermagem no que diz respeito à melhoria do seu campo de atuação, contribuirá para reforçar o trabalho do enfermeiro junto ao programa, trazendo críticas e melhorias à prestação do serviço que é realizado, esclarecendo entraves e/ou facilidades nesse cuidado.

POLÍTICAS DE ATENÇÃO À SAÚDE DA MULHER NO CONTEXTO HISTÓRICO BRASILEIRO

Por vários anos a saúde da mulher era direcionada apenas ao período gravídico-puerperal, em um ponto de vista de que a gestação e parto se encontravam entrelaçados a tabus, preconceitos e mistérios que envolviam o corpo feminino ao longo do tempo (SOUZA, 2013). Desse

modo, Barreto (2013) mostra que existem muitos significados impostos a essas duas palavras: gestação e parto. Contudo, por vezes eram vistos como uma experiência exclusivamente feminina vivenciada na esfera privada.

Nas primeiras décadas do século XX a saúde da mulher passou a ser inserida às Políticas Nacionais de Saúde, entretanto, restrita às questões referentes à gestação e ao parto. Os programas materno-infantis, criados nas décadas de 1930, 50 e 70, expressaram um olhar sobre a mulher, fundamentado em sua especificidade biológica e no seu papel social de mãe e doméstica, responsável pela criação, educação e pelo cuidado com a saúde dos filhos e demais familiares (TRINDADE, 2013).

Esses programas na área materno-infantil recomendavam suas ações como estratégia de proteção aos grupos de risco e grupos em situação de maior vulnerabilidade, como era o caso das crianças e gestantes.

A implementação em 1975 do Programa Saúde da Mulher e da Infância (PSMI), trouxe dois objetivos principais: intervenção médica sobre o corpo feminino por meio de cesariana e a redução da morbidade materno-infantil, priorizando a vida da criança. Esse programa apresentou uma significativa redução da mortalidade infantil, porém houve um crescimento no número de cesarianas e laqueaduras que tinha como função o controle de natalidade. (CASSIANO, *et al.*, 2014).

O Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) Formulado pelo Ministério da Saúde em 1983, caracterizou-se por ideias e debates realizados pelo movimento feminista no enfoque da assistência à

saúde sexual e reprodutiva focado na mulher (SANTOS *et al.*, 2016).

Ainda segundo o autor supracitado, a partir de 2004, o PAISM foi reformulado, promovendo a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), tendo como ação a redução à mortalidade materna e perinatal por causas evitáveis, além de fomentar a implementação de ações que contribuam para a garantia dos direitos humanos das mulheres.

O Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) propunha ações em conjunto com Planejamento Familiar (PF), e iniciou políticas voltadas para o planejamento familiar, com o advento da pílula anticoncepcional, no sentido de garantir democraticamente aos brasileiros a escolha em elevar ou limitar o número de filhos, a partir de métodos contraceptivos pelo sistema de saúde público ou privado sob a ótica do direito reprodutivo previsto na Constituição (OLIVEIRA *et al.*, 2017).

O programa de ações resultante da IV Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, realizada no Cairo, em 1994, determinou, entre outras metas fundamentais, que todos os países deveriam se esforçar para que a saúde reprodutiva estivesse ao alcance de todas as pessoas, de idades apropriadas, por meio de um sistema de Atenção Primária de Saúde (XAVIER; ROSATO, 2016).

Ainda em 2004, o Ministério da Saúde (MS) produziu o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, onde foram firmadas estratégias de expansão da atenção básica (BRASIL, 2012a).

No Brasil, as diretrizes para a organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS) foram oficializadas pela Portaria GM/MS nº 4279, em 30/12/2010. A implantação das RAS indica, para maior efetividade na produção da saúde, melhoria na competência da gestão do sistema de saúde no espaço regional e auxilia para o avanço do processo de efetivação do SUS (MAIA, 2013).

A RAS é determinada como arranjos organizativos estruturados por ações e serviços de saúde com configurações e densidades tecnológicas distintas que, integrados por meio de sistemas de apoio técnico, logísticos e de gestão, procuram garantir a integralidade do cuidado.

Com a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), a educação em saúde tornou-se uma estratégia importante para alcançar a transformação social, tendo na Atenção Primária à Saúde (APS) um cenário de influência para a manutenção de práticas voltadas aos direitos sexuais e reprodutivos.

O exercício dos direitos sexuais e reprodutivos direciona políticas públicas que ratifica a saúde sexual e reprodutiva e que tem na APS uma das suas grandes áreas de atuação.

Entretanto, a exigência de que o Estado garanta esses direitos está diretamente articulada ao trabalho dos profissionais de saúde, de modo que, dependendo de seu posicionamento no atendimento à clientela, tal garantia pode ser comprometida (BRASIL, 2015).

No Brasil, em acordo com as atribuições da Organização Mundial de Saúde (OMS) e da Organização

Pan-americana de Saúde (OPAS), o Ministério da Saúde instituiu, em 2010, a Portaria 4.279, que determinou a organização do Sistema Único de Saúde em redes de atenção à saúde. Com um intuito de uma estruturação de qualidade, foram criadas cinco redes temáticas de atenção à saúde, a saber:

1) Rede Cegonha; 2) Rede de Urgência e Emergência: Saúde Toda Hora; 3) Redes de Atenção Psicossocial no Enfrentamento do Álcool, Crack e Outras Drogas; 4) Rede de Atenção às Doenças Crônicas; e 5) Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência: Viver sem Limites (GOMES, 2016).

Por todos esses motivos, em 2011 foi instituída, no âmbito do SUS, a Rede Cegonha, uma estratégia inovadora do Ministério da Saúde que visa estruturar uma rede de cuidados que garante a assistência integral da atenção às mulheres, o direito ao planejamento sexual e reprodutivo e à atenção humanizada ao pré-natal, parto, puerpério e atenção humanizada ao abortamento, tal como assegurar à criança, o direito ao nascimento seguro e humanizado, e ao acompanhamento até os dois anos de idade, possibilitando acesso para um crescimento e desenvolvimento saudáveis (BRASIL, 2014).

Associado aos princípios de humanização no Sistema Único de Saúde e sistematizado com base em uma rede de atenção à saúde, o Programa Rede Cegonha (RC) foi estabelecido com o intuito de diminuir as taxas de mortalidade materna e infantil e com destaque

no seu componente neonatal, como também na atenção mais humanizada no trato da saúde da mulher e da criança (GOMES, 2016).

Foi por meio da Portaria nº 1.459 de 24 de junho de 2011, que se deu o redesenho na política de saúde da mulher, onde foi criado no âmbito do SUS a Rede Cegonha que estabeleceu diretrizes a serem realizadas na assistência à mulher grávida. Dentre seus objetivos, reafirmou o modelo humanizado de atenção ao parto normal e à criança até os dois anos de idade. Nessa portaria, são expostos os princípios organizacionais da Rede Cegonha, classificados em quatro componentes, sendo eles: Pré-Natal, Parto e Nascimento, Puerpério e Atenção Integral à Saúde da Criança e Sistema Logístico: Transporte Sanitário e Regulação (BRASIL, 2011).

A Rede Cegonha tem o intuito de reduzir a mortalidade materno-infantil, melhorar a qualidade de atenção ao parto e ao nascimento e acabar com a questão da violência obstétrica.

REDE CEGONHA: POSSIBILIDADES E DESAFIOS

A Rede de cuidados implementada no Programa Rede Cegonha tem o intuito de garantir à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, assegurando também à criança o direito ao nascimento seguro, ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis. (BRASIL, 2011).

Com isso, várias ações foram implantadas com o objetivo de promover melhorias na assistência à mulher e ao recém-nascido. Junto a essa evolução, a atuação do profissional enfermeiro vem se transformando e se moldando.

Os avanços alcançados no meio da obstetrícia têm proporcionado o progresso de competências ao profissional enfermeiro, colaborando com sua atuação profissional dentro da atenção ao pré-natal, parto e nascimento, ocasionando uma melhora significativa nos indicadores à assistência à mulher, além de conquistar a confiança da sociedade.

A Razão de Mortalidade Materna diminuiu em 25,6%, com redução de 82,5 óbitos por 100 mil nascidos vivos em 2013 e para 61,2 em 2014. Em números divulgados no ano de 2014, o total de óbitos maternos por causas obstétricas foi de 124 mortes em 48 municípios. Nos últimos anos esse número foi de 110 óbitos maternos em 2011, 135 em 2012 e, em 2013, de 140 (CEARÁ, 2016).

Apesar de inicialmente o foco principal ser a assistência ao pré-natal, com a nova proposta da Rede Cegonha, esse se volta, principalmente, à assistência ao parto sem complicações, com o enfoque na diminuição das taxas de mortalidade materno-infantil.

A Política de Humanização do Parto e Nascimento configura que o bem-estar da mulher no parto e puerpério inclui o livre acesso do acompanhante por ela estabelecido.

Nesse aspecto, em uma das suas intervenções, preconiza o acolhimento com precisão e com relação

à ela e aos seus familiares em diversos dos momentos desse seguimento. No entanto, mesmo com o entendimento do texto legal provindo de algumas mulheres, esse fato não lhes permite a função de cidadania e a acessibilidade do direito (RODRIGUES *et al.*, 2017).

O impedimento de gozá-lo caracteriza uma falta de respeito aos ditames legais, no que diz respeito à Lei do Acompanhante, o qual está relacionado intimamente à necessidade de informações para a mulher e à tímida ação de participação social.

É preciso para ter um bom trabalho de parto, tranquilidade e acolhimento no local onde a parturiente se sinta segura e à vontade, auxiliando assim a diminuir as complicações, portanto, o apoio do acompanhante é primordial para dar conforto e transmitir segurança, sendo importante para formação de relacionamento familiar (OLIVEIRA; GONZAGA, 2017).

A RC pressupõe ações para a ampliação e avanço do acesso e da qualidade da assistência à mulher e à criança por meio da vinculação da gestante à unidade de referência para assistência ao parto, bem como a implementação de boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento seguro, e da atenção à saúde da criança de zero a 24 meses, primando pela qualidade e resolutividade.

Essas ações estão aglomeradas em quatro componentes que fazem parte do corpo formativo da estratégia: Pré-Natal; Parto e Nascimento; Puerpério e Atenção integral à Saúde da Criança; e Sistema Logístico, Transporte Sanitário e Regulação (BRASIL, 2011f).

Cada um desses componentes inclui uma sequência de ações de atenção à saúde, entre elas a qualificação de toda equipe de saúde; realização de exames, dentre estes os testes para identificar HIV, sífilis e de gravidez; orientações e ofertas e um elenco de métodos contraceptivos; realização de, no mínimo, seis consultas de pré-natal durante a gestação, que contemplem todos os exames clínicos e laboratoriais; acesso e fluxograma de encaminhamento ao pré-natal de alto risco em tempo adequado e com profissional especialista; garantia do direito de leito e de vinculação da gestante a uma determinada maternidade ou hospital público e vale-transporte ou vale-táxi até o local no dia do parto; criação de centros de gestante e do bebê para a assistência à gravidez de alto risco; oferta do serviço de Atendimento Médico de Urgência (SAMU) Cegonha ao recém-nascido que necessite de transporte de emergência com ambulâncias equipadas com incubadoras, ventiladores neonatais e promoção de ações de incentivo ao aleitamento materno (CARNEIRO, 2013).

Nos municípios que aderiram à Rede Cegonha, foram disponibilizados cursos para atualizações dos profissionais que fazem parte da equipe de saúde das maternidades, com a finalidade de que a rede funcione adequadamente, diminuindo os óbitos maternos e fetais (GIOVANNI, 2013).

Estima-se que a Rede Cegonha favorece a elevação e a melhoria de indicadores em relação à presença do acompanhante na maternidade, visto que a presença de uma companhia pode ser interpretada como um indicador de segurança.

A presença de um acompanhante aumenta a capacidade da mulher de expressar informações que podem ser importantes em casos de complicações graves, ajudando-as a serem ouvidas.

O acompanhante ajuda no enfrentamento da dor e no cuidado com a saúde psicológica da parturiente. Pesquisas mostram que mulheres acompanhadas têm os maiores índices de partos vaginais espontâneos sem intercorrências (DINIZ; D'ORSI *et al.*, 2014).

A insuficiência de conexão entre os serviços que auxiliam na assistência pré-natal e aqueles que oferecem assistência ao parto, vinculada a problemas na organização dos serviços de saúde, à necessidade e má distribuição de vagas e leitos obstétricos, caracteriza um obstáculo por meio da procura e da obtenção dos serviços para as gestantes no SUS.

A Rede Cegonha determina que seja concedido apoio financeiro ao deslocamento das gestantes para as consultas de pré-natal e para o local em que será feito o parto, permeando a garantia da qualidade do pré-natal com o seu começo precoce e número preciso para as consultas e exames, bem como o direito a partos humanizados e seguros (SILVA *et al.*, 2017).

Para garantir um parto seguro é relevante que a rede de cuidado à saúde materno-infantil encontre organizada de modo a viabilizar a integralidade do cuidado. Dentre as diversas intervenções e atenção à gestante e ao recém-nascido está adequada à assistência ao parto.

Essa assistência é assegurada pela legislação brasileira, que dispõe com relação ao direito da gestante

à vinculação na maternidade onde alcançará assistência no que cerne ao Sistema Único de Saúde (SOUSA; ARAÚJO; MIRANDA, 2017).

Nesse aspecto, faz-se necessário propor métodos para acompanhar e avaliar as redes intermunicipais sobre o acesso das gestantes ao parto normal.

O fluxo de origem relacionado às parturientes, entre municípios alternados, pode ser entendido como uma rede e, sobre a análise topológica desta rede, pode-se favorecer para a apreciação do acesso das gestantes ao parto normal. Nesse entendimento, a teoria dos grafos é uma expectativa de auxiliar na avaliação e no acompanhamento das redes de assistências intermunicipais (SOUSA; ARAÚJO; MIRANDA, 2017).

Outra conquista obtida através da estratégia Rede Cegonha é a ampliação dos exames do teste do pezinho.

Desse modo, o objetivo é aumentar e qualificar os serviços e integrar, progressivamente, o acesso aos exames de forma ampliada, tratamentos e acompanhamentos de todas as doenças estabelecidas no elenco do Programa Nacional de Triagem Neonatal (PNTN) (BRASIL, 2012b).

ENFERMAGEM E REDE CEGONHA

A Atenção Primária à Saúde é encarregada pelo atendimento à população e o principal canal de comunicação das Redes de Atenção à Saúde e deve ser, preferencialmente, a porta de entrada da gestante do sistema de saúde.

Sendo um ponto de suporte estratégico para abrigar todas as suas necessidades, oferecendo, assim, um acompanhamento longitudinal e contínuo, sobretudo no período da gravidez (OLIVEIRA, 2016).

O novo modelo de atenção criado no país, a Rede Cegonha, teve em sua implementação um grande apoio e colaboração dos órgãos de classe e associações junto ao Ministério da Saúde.

Salienta-se a Rede pela Humanização do Parto e Nascimento (REHUNA), Associação Brasileira de Enfermagem (ABEN), Associação Brasileira de Obstetras e Enfermeiros Obstetras (ABENFO), além da Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO), entre outros movimentos sociais que são representados diante da atuação de enfermeiros (BRASIL, 2011b).

A Rede Cegonha traz na implementação a incorporação da Atenção Primária à Saúde que se responsabiliza pelos componentes Pré-Natal, Puerpério e Atenção Integral à Saúde da Criança, sendo potencialmente ativa e estabelecida no cuidar como processo necessário da humanização das Unidades Básicas de Saúde.

Em consonância, expõe-se o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade de Atenção Básica (PMAQ-AB), outro componente positivo que traz nas suas avaliações e algumas ações que são executadas pela Rede Cegonha (OLIVEIRA, 2016).

A implementação deste novo modelo humanista de atenção favorece o bem-estar da gestante e do bebê, buscando reduzir o uso de procedimentos invasivos, tendo o momento do parto como um processo fisioló-

gico, respeitando a dimensão psicológica e o contexto sociocultural da gestante.

Com isso, esse modelo estabelece o uso da tecnologia de forma apropriada, descrevendo a assistência a partir do acompanhamento contínuo do processo de parturição (BRASIL, 2011b).

Os enfermeiros encontram-se habilitados a irem além de aplicações físicas, fortalecendo o entendimento do processo psicossocial que ocorre no período gravídico-puerperal (NASCIMENTO, 2018).

A atenção à saúde da mulher tem como foco principal a atenção ao pré-natal, visto que tem um papel essencial, tanto no tocante de acompanhamento da gestante, como também implica nos indicadores de mortalidade materna e neonatal, e no alcance de metas.

Dessa forma, a assistência ao pré-natal deve ser executada por uma equipe multiprofissional de saúde, sendo o enfermeiro e o médico os profissionais mais operantes nessa assistência, ficando a cargo deles a realização de consultas de pré-natal e puerpério (OLIVEIRA, 2016).

A ESF é operacionalizada através do trabalho de equipes multiprofissionais nas unidades básicas de saúde, portanto, a assistência à população deve ser ampla, abrangendo todos os aspectos.

De acordo com o Decreto nº 94.406/87, que estabelece a Lei de Exercício Profissional de Enfermagem, o pré-natal de baixo risco pode ser realizado e acompanhado pelo enfermeiro (ORTIGA, 2015).

Por meio da Rede Cegonha, objetiva-se instalar um modelo pioneiro de atenção à saúde da mulher e

à criança, no tocante da atenção ao parto, nascimento e no desenvolvimento infantil até os dois anos de idade, como é preconizado pelo Ministério da Saúde. Tem o intuito ainda, de realizar a organização de uma Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil; e diminuir os índices da mortalidade materna infantil, com foco no aspecto neonatal (BRASIL, 2013).

Após o nascimento, a Rede objetiva promover atenção integral à saúde das crianças, incluindo desde medidas de promoção do aleitamento materno até a disponibilidade de atendimento médico ou multiprofissional especializado por intermédio de eventuais agravos. Um dos objetivos que também se enquadra na rede é a ação direcionada às unidades de Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU Cegonha), para auxiliar no transporte seguro de recém-nascidos.

No que diz respeito ao planejamento reprodutivo e aleitamento materno, a Rede Cegonha, também é bastante atuante, sendo responsabilidade da equipe multiprofissional (equipe de referência da ESF e equipe do núcleo Ampliado em Saúde da Família - NASF) dedicar-se a realização de campanhas públicas de educação em saúde, com o intuito de mobilizar a sociedade a respeito de assuntos significativos, tais como a sexualidade nas escolas, gravidez na adolescência, métodos contraceptivos.

As elevadas taxas de gravidez entre adolescentes são razões contribuintes para a intensificação do risco à mãe e ao bebê. Unificando essas questões, as campanhas focalizadas às orientações ao aleitamento materno têm apresentação também como foco e objetiva a mudança de cenário desejada pela Rede Cegonha (BRASIL, 2011).

O enfermeiro é o profissional que está na linha de frente do cuidado na Unidade de Atenção Primária à Saúde, que possui a ciência marcada pelo cuidado, cuidar vai além de um ato, cuidar é uma atitude que abrange mais que um momento de atenção e amor, inclui na sua prática uma atitude de apropriação, de preocupação, de comprometimento com o outro (BRASIL, 2011).

Os enfermeiros, na sua atuação, seguem uma linha de cuidado que não está associado apenas a determinações físicas, mas visam proporcionar uma melhor assistência voltada para processos psicológicos que permeiam o período gravídico-puerperal (OLIVEIRA, 2016).

De acordo com *O Manual Técnico de Pré-natal e Puerpério - "Atenção Qualificada e Humanizada"* salienta que é de competência do enfermeiro, ao longo do acompanhamento do pré-natal, realizar consulta de pré-natal às gestantes de baixo risco; detectar e encaminhar gestantes de alto risco; solicitar exames de rotina e orientar tratamento conforme protocolo do serviço; registrar devidamente em cada consulta o cartão da gestante; realizar visita domiciliar quando necessário; realizar atividades em grupo com as gestantes; executar ações educativas para as mulheres e seus familiares; além de realizar coleta de exame citopatológico (OLIVEIRA *et al.*, 2016).

Ainda no componente pré-natal, o propósito estratégico inclui a garantia do acolhimento, a expansão do acesso e a melhoria da qualidade do pré-natal através de ações que têm o objetivo de qualificar os profissionais da Atenção Primária à Saúde, disponibilizar teste rápido

de gravidez, viabilizar o teste rápido de sífilis, ofertar a bolsa Rede Cegonha e o *kit* de atenção pré-natal para as unidades de saúde e financiar os exames de pré-natal.

Com toda essa oferta, é de grande valia que o enfermeiro realize o monitoramento dos indicadores estratégicos, através de ações como Sis prenatalweb, o que qualifica com uma maior intensidade à atuação desse profissional, manifestando sua importância na implementação dessa nova política de atenção à saúde da mulher e da criança (OLIVEIRA, 2016).

Para fortalecer essas ações e funções, tendo o enfermeiro como peça fundamental para o desempenho desses serviços, vários recursos de capacitação e aprimoramento foram propostos pelo MS, estratégias tais como: criação de programas de residência em enfermagem obstétrica, denominado como Programa Nacional de Residência em Enfermagem Obstetrícia (PRONAENF), programas de aprimoramento de enfermeiras obstétricas, capacitação de parteiras tradicionais e entrega dos *kits* de materiais básicos de atendimento ao parto, tais como tesoura, pinça, aparelho de ausculta de batimentos cardíacos e cursos de especialização em enfermagem obstétrica (OLIVEIRA *et al.*, 2016).

ASPECTOS METODOLÓGICOS

O presente estudo trata-se de uma pesquisa bibliográfica de cunho exploratório-descritivo, e optou-se pela revisão narrativa, que se utiliza critérios explícitos e sistemáticos para a busca e análise crítica da literatura

tendo sido desenvolvido através de busca/análise em artigos disponíveis em bancos de dados virtuais.

A revisão bibliográfica ou revisão de literatura é a análise meticulosa e ampla de publicações em uma determinada área de conhecimento (MARCONI; LAKATOS, 2010).

Neste tipo de pesquisa inicia-se um estudo buscando semelhanças e diferenças entre os artigos levantados nos documentos de referência.

A pesquisa bibliográfica busca, através de referências publicadas, analisar e discutir as contribuições culturais e científicas. Ela constitui uma excelente técnica para fornecer ao pesquisador conhecimentos científicos que o habilitam na produção de trabalhos originais e pertinentes (VIEIRA; HOSSNE, 2015).

A busca pelos estudos não precisa esgotar as fontes de informações e a seleção dos estudos e a interpretação das informações podem estar sujeitas a experiências de outros autores que já pesquisaram sobre o assunto (PROETTI, 2011).

A pesquisa que proporcionou o levantamento dos dados que embasaram o estudo foi realizada entre junho e julho de 2019 a partir da procura em relevantes bases de dados e um banco de dados virtuais: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Base de dados de Enfermagem (BDENF), Medical Literature Analysis and Retrieval System on-line (Medline) e Scientific Electronic Library Online (SciELO), as quais serviram como instrumento para a coleta de dados a partir dos seguintes descritores: Cuidado pré-natal; Cuidados da Enfermagem e Parto.

Os critérios de inclusão definidos para a seleção dos artigos foram: estarem publicados em língua portuguesa e disponíveis na íntegra; retratar a temática referente à revisão de literatura; e terem sido publicados e indexados nos referidos bancos de dados entre os anos de 2014 a 2019.

Foram utilizados vinte e sete artigos, sendo dezesseis específicos para o estudo em questão, onde eles foram selecionados através da leitura criteriosa, publicados em português, disponíveis em texto completo em meio eletrônico e publicados nos últimos cinco anos, além de livros da área.

Após a coleta de dados, procedeu-se a leitura de todo o material e as principais informações foram compiladas. Posteriormente, foi realizada uma análise descritiva delas, buscando estabelecer uma compreensão e, assim, ampliar o conhecimento sobre o tema pesquisado e elaborar o referencial teórico.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O Ministério da Saúde vem ao longo dos últimos tempos apresentando políticas de atenção integral à saúde da mulher e da criança, que se encarrega de assumir compromissos com a garantia dos direitos de cidadania, sexuais e reprodutivos. Foram firmadas várias estratégias de atenção à saúde da mulher e da criança, no âmbito da atenção primária, secundária e terciária, primando por maior efetivação na produção da saúde,

melhoria da competência da gestão do sistema de saúde e auxiliar para o avanço do processo de efetivação das políticas de saúde (MAIA, 2013).

Sempre tendo a região como base territorial as RAS, que podem ser elaboradas por meio de vários temas da atenção, que têm particularidades no seu modo de organizar o cuidado nos distintos estágios tecnológicos.

Por diferentes razões, torna-se mais acessível à implantação de determinados temas em diferentes regiões, o que auxilia, ao longo do tempo, a expansão para o conjunto integral da assistência. Esse formato organizativo pode ser denominado como redes temáticas ou linhas de cuidado temáticas (MAGALHÃES JUNIOR, 2014).

Dessa forma, a Rede Cegonha sistematiza e institucionaliza um modelo de atenção ao parto e ao nascimento que assegura às mulheres e às crianças uma assistência humanizada e de qualidade, que lhes possibilita vivenciar a experiência da gravidez, do parto e do nascimento com segurança, dignidade e beleza. Prioriza a ampliação do acesso e da melhoria da qualidade do pré-natal, parto/nascimento, puerpério e atenção à saúde da criança. (CAVALCANTI, 2013).

O cuidado instituído pela RC abrange a assistência integral com a implementação de ações e serviços elaborados na Atenção Primária à Saúde (APS), como também na atenção secundária e terciária de saúde, sendo que essas possuem um pré-natal com qualidade na Unidade Básica de Saúde (UBS), onde visam realizar sempre um atendimento transversal, buscando à captação precoce da gestante, assistência nas intercorrências

durante a gestação com realização de consultas e exames, oferecendo assistência social, física e psicológica a cada gestante (THUROW, 2016).

O profissional enfermeiro tem se tornado um ponto-chave no que diz respeito à atenção à saúde da mulher, destaque-se a atenção ao pré-natal, um dos serviços fundamentais, tanto no acompanhamento da gestante como na reprodução de indicadores, como de mortalidade materna e neonatal, e na obtenção de metas propostas.

CONCLUSÕES

A Rede Cegonha constitui-se no programa mais integralizado já implementado pelo Governo Federal, seus direcionamentos constituem-se em ações para todas as etapas da vida da mulher e engloba estratégias que se iniciam desde o planejamento familiar, atendimento da gestante, puérpera e recém-nascido, até ações programadas ao atendimento da criança até dois anos de idade.

Observa-se, contudo, que esse programa pode ser visto como uma junção dos programas anteriormente implantados, acrescentando ações para o atendimento das necessidades atuais, trazendo uma atenção qualificada à saúde materno infantil, proporcionando ações contínuas e planejadas, gerando vínculos entre os profissionais e as mulheres, contribuindo para uma relação de confiança e segurança no processo de gestar e parir.

A adesão dos profissionais de enfermagem torna-se fundamental para a concretização dos programas e estratégias públicas de saúde, esse seu papel vai além de sua execução e implementação; também no que diz respeito à luta pela estrutura e por meios pelos quais torná-las realidade, deste modo, todos os recursos de capacitações e aprimoramento são essenciais para o crescimento desses profissionais.

É também necessário valorizar a contribuição dos enfermeiros na promoção da maternidade segura. Como a atenção pré-natal qualificada exige conhecimentos e habilidades específicos, tanto da fisiopatologia obstétrica quanto dos aspectos socioculturais dessa fase da vida da mulher, os enfermeiros necessitam valorizar seu trabalho, buscando maior capacitação e, principalmente, parceria com as mulheres e famílias que assistem durante o ciclo gravídico-puerperal, onde podem contribuir para a melhoria da qualidade da atenção voltados à saúde da mulher.

Essa iniciativa da Rede Cegonha convoca gestores, trabalhadores e a sociedade a refletir e transformar o modelo de atenção à gestação, parto e nascimento, onde é central a importância dos executores da RC buscarem cada vez mais conhecer e se apropriar dos fatores de contexto em cada estado ou município, visto que podem influenciar na implementação das ações da RC. Entre esses fatores, estão: contexto político, estruturação dos serviços, profissionais de saúde capacitados e implicados no processo e outros.

REFERÊNCIAS

BALASKAS, J. **O que é um Parto Ativo?** Parto Ativo: guia prático para o parto natural (a história e a fisiologia de uma revolução). v. 3. São Paulo: Ground, 2015. p. 47-74

BARRETO, M. O. **O parto na maternidade vinculada:** um direito ainda não alcançado na região Nordeste. Dissertação – Universidade de Brasília, 2013.

BRASIL. **Gravidez, parto e nascimento com saúde, qualidade de vida e bem-estar.** 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012.** Comissão Nacional de Ética em Pesquisa do Conselho Nacional de Saúde. 2012a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria da Saúde. Portaria nº 1.1459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. **Diário Oficial da União;** Poder Executivo, 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria da Saúde. **Rede Cegonha amplia exames do teste do pezinho.** 2012b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Implantação das Redes de Atenção à Saúde e outras estratégias da SAS.** Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança no âmbito do Sistema Único de Saúde.** Brasília, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Manual Prático para Implementação da Rede Cegonha.** Brasília, 2011b.

CARNEIRO, R. G. Dilemas antropológicos de uma agenda de saúde pública: Programa Cegonha, pessoalidade e pluralidade. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação,** v. 17, n. 44, p. 49-59, 2013.

CASSIANO, A. C. M. *et al.* Saúde materno infantil no Brasil: evolução e programas desenvolvidos pelo Ministério da Saúde. **Revista do Serviço Público**, Brasília, v. 65, 2. ed, p. 227-244, abr/jun. 2014.

CAVALCANTE, R. B.; CALIXTO, P.; PINHEIRO, M. M. K. Análise de Conteúdo: considerações gerais, relações com a pergunta de pesquisa, possibilidades e limitações do método. **Informação & Sociedade: Estudos**, João Pessoa, v. 24, n. 1, p. 13-18, jan./abr. 2014.

CAVALCANTI, P. C. S. *et al.* Um modelo lógico da rede cegonha. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p. 1297-1316, 2013.

CEARÁ. Secretaria de Saúde do Ceará. **Rede Cegonha – 13ª** Microrregião de Tianguá. 2016.

DINIZ, C. S. G. *et al.* Implementation of the presence of companions during hospital admission for childbirth: data from the Birth in Brazil national survey. **Cad. Saúde Pública**, v. 30, n. 1, p. 140-153, 2014.

GIOVANNI, M. Di. **Rede cegonha: da concepção à implantação**. Monografia – Escola Nacional de Administração Pública. Brasília, 2013. 99 f.

GOMES, G. V. **Avaliação do Programa Rede Cegonha numa maternidade Pública do Nordeste brasileiro**. Dissertação – Universidade do Ceará, 2016.

LEMOS, A. Direitos sexuais e reprodutivos: percepção dos profissionais da Atenção Primária em Saúde. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 101, p. 244-253, 2014

MAGALHÃES JUNIOR, H. M. Redes de Atenção à Saúde: rumo à integralidade. **Divulgação em saúde para debate**. Rio de Janeiro, n. 52, p. 8-14, out. 2014.

MARCONI, M.; LAKATOS, E. M. **Metodologia do trabalho científico**. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

MAIA, M. N. *et al.* **A coordenação da atenção ao pré-natal e ao parto por equipes de saúde da família no município do Rio de Janeiro**. Tese de Doutorado. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2013.

MARQUES, C. P. C. **Redes de atenção à saúde: a Rede Cegonha.** UFMA/UNASUS, São Luís, 2015.

MESQUITA, L. F. **Métodos contraceptivos hormonais.** Dissertação (Mestrado integrado em Ciências Farmacêuticas) – Instituto Superior de Ciências da Saúde Egas Moniz.

NARCHI, N. Z. Atenção pré-natal por enfermeiros na Zona Leste da Cidade de São Paulo – Brasil. **Revist. Esc. de Enferm.**, v. 44, n. 2. jun. 2010.

NASCIMENTO, J. S. *et al.* Assistência à Mulher no Pré-Natal, Parto e Nascimento: Rede Cegonha. **Revist. Port.:** Saúde e Sociedade, v. 3, n. 1, p. 694-709, 2018.

OLIVEIRA F. A. M. *et al.* Reflexões acerca da atuação do enfermeiro na Rede Cegonha. **Rev enferm UFPE.**, Recife, v.10 (Supl. 2), p.67-74, fev. 2016.

OLIVEIRA, E. M.; CELENTO, D. D. A temática da Rede Cegonha e a inserção do enfermeiro nesse contexto. **Revista de Saúde**, v. 7, n. 1, p. 33-38, jan./jun. 2016.

OLIVEIRA, S.R; CARVALHO, N R; ARAÚJO, P. A. Atenção à saúde da mulher: análise dos serviços de um Hospital Escola. **Revista saúde e debate**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 2, jun., 2017.

OLIVEIRA, V. F. S; GONZAGA, M. F. N. Benefícios do parto humanizado com a presença do acompanhante. **Revista Saúde em Foco**, n. 9, p. 210-220, 2017.

ORTIGA, E. P. F.; CARVALHO, M. D. B.; PELLOSO, S. M. Percepção da assistência pré-natal de usuárias do serviço público de saúde. **Rev Enferm UFSM.** v. 5, n. 4, p. 618-627, out./dez. 2015.

RATTNER, D. Da Saúde Materno Infantil ao PAISM. **Tempus, Actas de Saúde Colet.**, Brasília, v. 8, n. 2, p. 103-108, jun. 2014.

RODRIGUES, D. P. *et al.* O descumprimento da lei do acompanhante como agravado à saúde obstétrica. **Texto Contexto Enferm.**, v. 26, n. 3, 2017.

SANTOS, R. B.; BARRET, R. M. A.; BEZERRA, A. C. L. Processo de readequação de um planejamento familiar: construção de autonomia feminina em uma Unidade Básica de Saúde no Ceará. **Rev. Eletron. Comun. Inf. Inov. Saúde**, v. 10, n. 3, jul./set. 2016.

SILVA, A. L. A da; *et al.* A qualidade do atendimento ao parto na rede pública hospitalar em uma capital brasileira: a satisfação das gestantes. **Cad. Saúde Pública**, v. 33, n. 12, dez. 2017

SILVA, A. M. **Atenção ao Pré-Natal, Parto e Pós-Parto na perspectiva de mulheres atendidas na Rede Cegonha**. Tese (Pós-Graduação em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro. p. 57, 2016.

SOUSA, L. M. O; ARAÚJO, E. M de; MIRANDA, J. G. V. Caracterização do acesso à assistência ao parto normal na Bahia, Brasil, a partir da teoria dos grafos. **Cad. Saúde Pública**, v. 33, n. 12, dez. 2017.

SOUZA, A. I. J. **Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem**: Introdução à saúde materna, neonatal e do lactente no contexto das redes de atenção à saúde. Florianópolis, SC: Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC)/ Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2013.

TELO, S. V.; WITT, R. R. Saúde sexual e reprodutiva: competências da equipe na Atenção Primária à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Porto Alegre, p. 3481-3490, 2018.

THUROW, M. R. B. **Ações do enfermeiro nos serviços que integram a Rede Cegonha na perspectiva ecossistêmica**. Dissertação – Universidade de Rio Grande, 2016.

TRINDADE, P. **Saúde da mulher**. São Luís: UNASUS/UFMA, 2013.

XAVIER, A. K.; ROSATO, C. M. Mulheres e Direitos: Saúde sexual e reprodutiva a partir das Conferências da ONU. **Revista Ártemis**, v. 21, p.116-130, 2016.

VIEIRA, S.; HOSSNE, W. S. **Metodologia para a área de saúde**. 2. ed. São Paulo: Elsevier, 2015.

CAPÍTULO 17

TECNOLOGIAS E APLICATIVOS UTILIZADOS PARA PESSOAS COM DIABETES: EVOLUÇÃO TEMPORAL

*Maria Cláudia Carneiro Pinto
Maria Salete Bessa Jorge*

INTRODUÇÃO

O século XXI trouxe para a humanidade desafios tecnológicos e oportunidades de melhorias para a saúde. Os estudos que diariamante chegam a *web* com informações e dados colaboram com os avanços de recursos tecnológicos para tratamento de doenças (MAGALHÃES; BASTOS; BARROSO, 2016). As tecnologias podem estar relacionadas ao conhecimento, inovações nas reorganizações de serviços existentes trazendo competitividade entre as empresas, repercutindo no custo final e na qualidade da tecnologia lançada, trazendo oportunidades de aquisição para a população (GUILMARÃES *et al.*, 2018a). São considerados tecnologias em saúde os medicamentos, produtos, procedimentos, protocolos assistenciais e sistemas organizacionais, estando presentes na prevenção, tratamento e reabilitação da saúde do indivíduo (BRASIL, 2016).

As tecnologias em saúde passaram a ter visibilidade nos últimos trinta anos através de produção científica, conhecimento e política de saúde, sendo difundida, inicialmente, na Europa, América do Norte e Austrália (HILLEGONDA MARIA DUTILH NOVAES, 2016). Nos países em desenvolvimento vieram tardiamente. Esses recursos vieram para colaborar com eficiência, uso adequado de recursos, efetividade e qualidade sustentável nos serviços de saúde (HILLEGONDA MARIA DUTILH NOVAES, 2016). Em 2011, foi publicada a Lei nº 12.401 (BRASIL, 2016) que define sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologias em saúde no Sistema Único de Saúde (SUS). Esta lei tornou-se um marco para o SUS, pois orienta e define os critérios e prazos para a incorporação de tecnologias no sistema público de saúde.

A incorporação de tecnologias torna-se necessário para os serviços de saúde, sendo que, proporcionalmente, repercutem em custos elevados em aquisição destas. A alocação de medicamentos, órteses e próteses, além de exames diagnósticos trazem para os cofres públicos gastos exacerbados (SAÚDE, 2013). No serviço público, a despesa anual com estas tecnologias estão em torno de 20 bilhões de reais (GUIMARÃES *et al.*, 2018). A indústria farmacêutica tem monopolizado algumas tecnologias, isto por serem detentoras de patentes, altos investimentos em pesquisas e *marketing*, diminuindo as chances de concorrência com o mercado e trazendo custo elevado em alguns tipos de tratamento (AKKARI *et al.*, 2016).

As tecnologias podem ser classificadas em leves, onde há implementação do cuidado, relação de vínculos, gerenciamento de serviços e acolhimento; leve-dura, onde há teorias, modelos de cuidados e dura quando há a utilização de instrumentos e equipamentos tecnológicos (MORAES DE SABINO et al., 2016)

Os recursos tecnológicos são aliados para a grande maioria das doenças; entre elas a diabetes. A Diabetes mellitus (DM) é uma doença crônica não transmissível (SANDRA J. JÁCOME, ARMANDO ORDÓÑEZ, GINETH M. CERÓN, 2018),(ONU, 2018) que tem causado preocupação mundial. Países pobres e ricos convivem com os danos relacionados às complicações que estas causam (OLIVEIRA; JÚNIOR; VENCIO, 2018), além da oneração que causa aos cofres públicos (SILVA et al., 2018). O Brasil ocupa o 4º lugar entre os 10 países com mais pessoas com diabetes. Como a população está envelhecendo, as pessoas acima de 65 anos apresentam 19% de prevalência, causando ainda mais relevância à situação (ATLAS DO IDF NO BRASIL, 2017). As mudanças decorrentes das complicações de pacientes com diabetes repercutem no desfecho da doença e suas complicações, como as infecções e problemas circulatórios. Esses problemas podem afetar ainda mais a situação do paciente, com feridas que podem levar às amputações (SAÚDE, 2016).

O relatório da Organização Mundial de Saúde (OMS): “Salvando vidas, gastando menos”, é uma estratégia para investimento nas doenças crônicas não transmissíveis, em que mostra a necessidade de investimento financeiro, visando proteger às pessoas de doenças

crônicas não transmissíveis, que são causadoras de enfermidades e mortalidades no mundo (ONU, 2018).

Diante da emblemática situação da diabetes mundialmente, faz-se necessário pesquisas sobre quais tecnologias estão sendo utilizados para pessoas com diabetes, onde serão identificadas as publicações na literatura, com o intuito de abrangência de conhecimento, devendo trazer subsídios de conhecimento o uso destas. A partir do panorama exposto, questiona-se: Quais tecnologias e aplicativos têm sido utilizados para pessoas por diabetes?

METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão integrativa. A revisão integrativa introduz a análise de pesquisas relevantes onde traz subsídios e a melhoria da prática clínica, sintetizando o estado do conhecimento de um determinado assunto, podendo apontar lacunas do conhecimento que precisam ser preenchidas com a busca de novos estudos, isto devido à sistematização do conhecimento científico, podendo o pesquisador ver a problemática que deseja pesquisar, buscando produção científica para aprimoramento, podendo oportunizar novas pesquisas sobre o assunto.

Na primeira etapa foram identificados o tema, definição do problema e a pergunta norteadora “Quais tecnologias e aplicativos têm sido utilizados para pessoas por diabetes?”

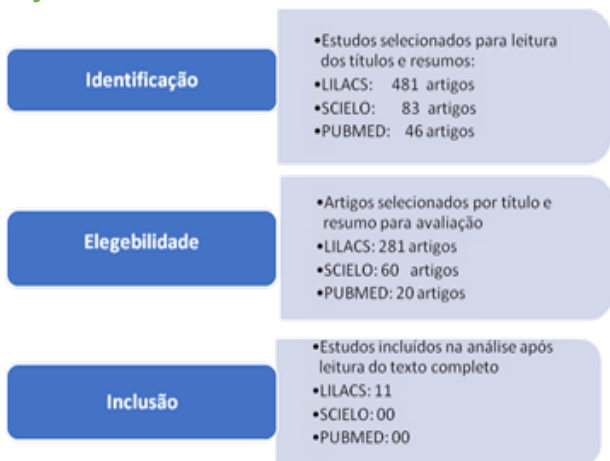
A segunda etapa buscou-se os artigos de pesquisas utilizadas nas bases de dados: Medical Literature and Retrieval System On-line (MEDLINE/PubMed), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Scientific Electronic Library On-line (SCIELO).

Foram incluídos artigos indexados e publicados nos anos de 2015 a 2019, nos idiomas: inglês, português e espanhol, e que tivessem como objeto do estudo as tecnologias relacionadas ao tema. Utilizados como critério de exclusão, os artigos que não tinham textos completos disponíveis, os que tiveram duplicidade de publicação, as teses e artigos sobre medicamentos ou procedimentos cirúrgicos. Foram abordadas as tecnologias existentes neste período relacionados às tecnologias e aplicativos utilizados em pacientes diabéticos.

Para composição da estratégia de busca, foram utilizados os operadores booleanos "OR" e "AND" e palavras-chave e a terminologia em saúde dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS/BIREME) e do Medical Subject Headings (MeSH/PubMed) combinados com seus respectivos termos em português, inglês e espanhol, foram usados os descritores: "tecnologia e diabetes", "technology and diabetes", "aplicativo e diabetes", "application and diabetes".

A pesquisa foi realizada em junho de 2019, sendo seguidas seis etapas, seguindo a referência Mendes, Silveira e Galvão. A coleta dos dados aconteceram em duas etapas. A primeira consistiu em pesquisa nas bases de dados. Selecionados os artigos na base de dados; LILACS (481); SCIELO (88); PUBMED (46) com um total de 610 artigos (Figura 1).

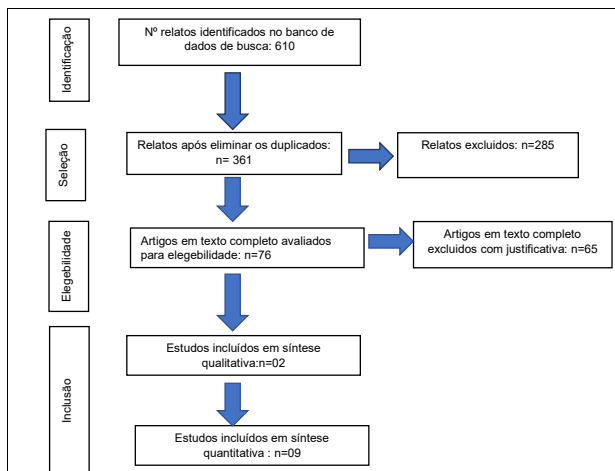
Figura 1 - Fluxograma de identificação, seleção e inclusão dos artigos da revisão integrativa da literatura



Fonte: Elaborada pelas autoras.

Na segunda etapa foram submetidos à leitura intensiva onde foram analisados os resumos, totalizando 610 estudos. Foram selecionados por títulos e resumos 219, 307 ficando para inclusão no estudo e 11 artigos (Quadro 1). A construção do estudo foi por meio dos ensinamentos do *checklist* do Statement for Reporting Systematic Reviews and Meta-Analyses of Studie (PRISMA) (ITENS; REVIS; UMA, 2015).

Figura 2 - Fluxo das revisões. Recomendação PRISMA



Fonte: Elaborada pelas autoras.

Os artigos selecionados foram categorizados em forma de tabela no Microsoft Excel® versão 2012, onde continham: título, revista, ano de publicação, autores, tipo de estudo, país, objetivo, principais resultados, nível de evidência. Na terceira etapa, os artigos se amparam em critérios com avaliação crítica, assim como também as evidências dos estudos pré-selecionados, tirando os mais relevantes e com evidências.

Quadro 1 - Artigos selecionados para o sobre tecnologias e aplicativos utilizados para pessoas por diabetes

Base de dados	Autores	Título	Ano/Periódicos	Tipo de estudo/ nível de evidência
LILACS	Jácóme, Sandra J; Ordóñez, Armando; Cerón, Gineth M; Villaquirán, Andrés F.	Mapeo sistemático del uso de las tecnologías de la información y la comunicación en la diabetes tipo 2 (SANDRA J. JÁCOME, ARMANDO ORDÓÑEZ, GINETH M. CERÓN, 2018)	Rev. cub. inf. cienc. salud = Rev. cuba. inf. cienc. salud;29(4):1-14, oct.-dic. 2018. ilus, tab..	Revisão Integrativa Nível II
LILACS	Silva, Janaina Pereira da; Pereira Junior, Gerson Alves; Meska, Mateus Henrique Gonçalves; Mazzo, Alessandra.	Construção e validação de simulador de baixo custo para capacitação de pacientes com diabetes mellitus e/ou de seus cuidadores na aplicação de insulina (SILVA <i>et al.</i> , 2018)	Esc Anna Nery 2018;22(3):e20170387	Pesquisa-ação de abordagem qualitativa e estudo metodológico de validação Nível VI
LILACS	Fernanda Figueredo Chaves, Thamiris Lucchesi Abranches de Carvalho, Emerson Cabrera Paraiso2 Adriana Silvana Pagano, Ilka Afonso Reis, Heloísa Carvalho Torres	Aplicativos para adolescentes com diabetes mellitus tipo 1: revisão integrativa da literatura (CHAVES <i>et al.</i> , 2018)	Acta Paul Enferm. 2017; 30(5):565-72. 565	Revisão integrativa Nível II

LILACS	Luciana Catunda Gomes de Menezes, Maria Vilani Cavalcante Guedes, Nádyia dos Santos Moura, Roberta Menezes Oliveira, Luara Abreu Vieira, Ariane Alves Barros	Construção de cartilha sobre insulino- terapia para crianças com diabetes mellitus tipo 1 (DE JESUS <i>et al.</i> , 2017)	Rev Bras Enferm [Internet]. 2017 jan-fev;70(1):7-14	Pesquisa qualita- tiva com aborda- gem metodológi- ca e validação Nível VI
LILACS	Padilha AP, Rosa LM, Schoeller SD, Junkes C, Mendez CB, Martins MMFPS	Manual de cuidados às pessoas com diabetes e pé diabético: construção por scoping study (PADILHA <i>et al.</i> , 2017) aprovado por Comitê de Ética em Pesquisa, realizado em um hospi- tal escola do Estado de Santa Catarina (Brasil)	Texto Contexto Enferm, 2017; 26(4):e2190017	scoping study Revisão narrativa Nível VI
LILACS	Maria Cristina Zanchim, Vanessa Ramos Kirsten , Ana Carolina Bertoletti De Marchi	Marcadores do consumo alimentar de pacientes diabéticos avaliados por meio de um aplicativo móvel (ZAN- CHIM <i>et al.</i> , 2017)	Ciência & Saúde Coletiva, 23(12):4199-4208, 2018	Estudo transversal. Nível III

LILACS	Selma de Jesus Bof Vêscovi, Cândia Caniçali Primo, Hugo Cristo Sant'Anna, Maria Edla de Oliveira Bringuete, Roseane Vargas Rohr, Thiago Nascimento do Prado1 Sheilla Dimiz Silveira Bicudo1	Aplicativo móvel para avaliação dos pés de pessoas com diabetes mellitus (VESCOVI <i>et al.</i> , 2017a) realizado em quatro etapas: Definição de requisitos e elaboração do modelo conceitual; Geração das alternativas de implementação e prototipagem; Testes e Implementação. O aplicativo foi desenvolvido baseado nas diretrizes nacionais e internacionais sobre Diabetes mellitus; seguiu as normas da Associação Brasileira de Normas Técnicas para Engenharia de Software e utilizou o programa Intel XDK, para plataformas IOS e Android. O produto foi avaliado quanto a usabilidade pelas heurísticas de Nielsen, pela equipe de desenvolvimento e validado por enfermeiros quanto aos aspectos de funcionalidade, confiabilidade, usabilidade e eficiência. Resultados: O aplicativo móvel Cuidar Tech "Exame dos Pés" possui sete telas que integram os elementos para avaliação e classificação de risco e oito telas (formulários	Acta Paul Enferm. 2017; 30(6):607-13.	Estudo metodológico Nível VI
--------	--	--	---------------------------------------	---------------------------------

LILACS	Luciana Catunda Gomes de Menezes, Maria Vilani Cavalcante Guedes, Nádyá dos Santos Moura, Roberta Meneses Oliveira, Luara Abreu Vieira, Ariane Alves Barros	Estratégias educativas para pessoas diabéticas com pé em risco neuropático: síntese de boas evidências(MENEZES <i>et al.</i> , 2016)	Rev. Eletônica de Enfermagem 2016	Revisão Integrativa Nível II
LILACS	Alexandre Faraco de Oliveira, Ana Carolina Bertolotti De Marchi , Camila Pereira Leguisamo	Diabetic footwear: is it an assistive technology capable of reducing peak plantar pressures in elderly patients with neuropathy?(OLIVEIRA; MARCHI; LEGUISAMO, 2016)	Fisioter Mov. 2016 July/Sept.;29(3):469-76	E s t u d o experimental Nível III
LILACS	Cristiano Baldo, Maria Cristina Zanchim, Vanessa Ramos Kirsten	Diabetes Food Control – Um aplicativo móvel para avaliação do consumo alimentar de pacientes diabéticos (CRISTIANO BALDO, MARIA CRISTINA ZANCHIM, 2015)	RECIIS – Rev Eletron de Comun Inf Inov Saúde. 2015 jul.-set.; 9(3) [www.reciis.icict.fiocruz.br] e-ISSN 1981-6278 ARTIGO	E s t u d o metodológico e validação Nível VI
LILACS	Ricardo Fernando Arrais , Pedro Luiz Reis Crotti	Aplicativos para dispositivos móveis (?Apps?) na automonitorização em pacientes diabéticos(ARRAIS; LUIZ; CROTTI, 2015)	J. Health Inform. 2015 Outubro-Dezembro; 7(4):127-33	Revisão Integrativa Nível II

Fonte: Elaborado pelas autoras.

Na quarta etapa foi realizada análise dos dados dos artigos selecionados, onde foram organizadas as características de cada estudo, foram categorizados e analisados para que respondessem à pergunta norteadora da pesquisa. Na quinta etapa foram avaliados os dados evidenciados no reconhecimento dos artigos ao referencial teórico e na sexta etapa foi apresentado os resultados obtidos. Os resultados e a apresentação dos dados foram realizados de maneira descritiva, optando-se pela categorização temática.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram selecionados onze artigos relacionados às tecnologias e aos aplicativos utilizados para pessoas com diabetes, onde foram destacados: tecnologia educativa para uso de insulina, tecnologia voltada para a educação da pessoa diabética, tecnologia de consumo alimentar para o diabético, tecnologia para avaliação dos pés de pessoas diabéticas. Nos Quadros 1 e 2, apresentam uma visão geral das onze publicações (na íntegra) selecionadas, evidenciando a caracterização, aspectos metodológicos e resultados dos artigos catalogados.

Dos artigos incluídos, dez foram publicados no Brasil e um na Espanha. Em relação ao tema, dois artigos destacaram a tecnologia educativa para uso de insulina, três com abordagem às tecnologias educativas para o paciente diabético, dois com tecnologia de consumo alimentar para o diabético e quatro artigos sobre tecnologia para avaliação dos pés de pessoas diabéticas.

Quadro 2 - Referências incluídas na revisão integrativa, segundo as bases de dados LILACS, SCIELO, PUBMED, Junho de 2019

Artigo/ano	Objetivo	Principais resultados	Conclusão
<p>Mapeo sistemático del uso de las tecnologías de la información y la comunicación en la diabetes tipo 2.(2018)</p>	<p>Identificar as características e resultados do uso da tecnologia da multimídia para o tratamento do diabetes mellitus tipo 2</p>	<p>A maioria dos resultados refere-se ao uso de multimídia como útil para o manejo de doenças crônicas e, principalmente, diabetes mellitus tipo 2. Essa utilidade está relacionada à educação dos pacientes em termos de maior conhecimento sobre a patologia, prevenção e seus cuidados, especialmente o manejo dos aspectos alimentares e da atividade física, no entanto, a maioria dos estudos não apresenta evidências ou apoios suficientes que gerem evidências científicas sobre as mudanças clínicas subsequentes ao uso dessas ferramentas tecnológicas.</p>	<p>Apesar de encontrar limitações nos achados e resultados sobre as modalidades utilizadas pela tecnologia da informação e comunicações suficientes e padronizadas relacionadas pelos estudos, as diferentes investigações relacionadas ao tema O uso das TIC na saúde mostra principalmente o uso das TIC como ferramenta de controle e tratamento quando a doença já se desenvolveu. Mensagens de texto e vídeos mostram a maior frequência de uso nas diferentes intervenções. No entanto, os achados deste estudo não permitem identificar com segurança a efetividade do uso das ferramentas de TIC na prevenção e tratamento do DM2</p>
<p>Construção e validação de simulador de baixo custo para capacitação de pacientes com Diabetes mellitus e/ou de seus cuidadores na aplicação de insulina (2018)</p>	<p>Construção e validação de um simulador de baixo custo para uso na capacitação de pacientes com diabetes mellitus e de seus cuidadores para aplicação de insulina</p>	<p>O simulador desenvolvido pode ser utilizado por profissionais da saúde, cuidadores ou pelos próprios pacientes como ferramenta na capacitação para aplicação de insulina. Seu uso pode favorecer a identificação de pontos críticos relacionados a técnica de aplicação, permitindo o planejamento de intervenções educacionais mais diretas e eficazes.</p>	<p>O simulador de baixa fidelidade apresentado neste estudo é uma ferramenta que pode facilitar o processo de capacitação para o autocuidado. Apresenta baixo custo e maior fidelidade</p>

<p>Aplicativos para adolescentes com diabetes mellitus tipo 1: revisão integrativa da literatura (2018)</p>	<p>Examinar os recursos de aplicativos para dispositivos móveis destinados ao autocuidado de adolescentes com <i>Diabetes mellitus</i> tipo 1.</p>	<p>Os recursos dos aplicativos examinados a partir das funções de controle glicêmico, insulino-terapia, alimentação, atividade física, abordagem dos sentimentos e relações sociais foram apontados como necessários para auxiliar no controle glicêmico.</p>	<p>Os recursos dos aplicativos examinados a partir das funções de controle glicêmico, insulino-terapia, alimentação, atividade física, abordagem dos sentimentos e relações sociais foram apontados como necessários para auxiliar no controle glicêmico</p>
<p>Construção de cartilha sobre insulino-terapia para crianças com <i>Diabetes mellitus</i> tipo 1 (2017)</p>	<p>Descrever o processo de construção de uma cartilha educativa sobre insulino-terapia para crianças com <i>Diabetes mellitus</i> tipo 1.</p>	<p>A construção da cartilha figurou-se como proposta para favorecer o empoderamento e promover a saúde de crianças com <i>Diabetes mellitus</i> tipo 1. Este tipo de tecnologia funciona como suporte a profissionais, crianças e famílias, para que superem dúvidas e dificuldades, de modo a agir positivamente no processo saúde-doença.</p>	<p>Esse recurso visa contribuir para melhoria do conhecimento e das práticas de autocuidado de crianças. Portanto, outros estudos devem ser realizados, a fim de verificar a eficácia da cartilha como tecnologia promotora do conhecimento, adesão ao tratamento e promoção do autocuidado de crianças com <i>Diabetes mellitus</i> tipo 1.</p>
<p>Manual de cuidados às pessoas com diabetes e pé diabético: construção por <i>scoping study</i> (2017)</p>	<p>Construir um manual educativo para pessoas com <i>Diabetes mellitus</i> com pé diabético</p>	<p>O método possibilitou a construção do manual que resultou em um produto de enfermagem para uso na educação em saúde, para o cuidado da pessoa com diabetes com pé diabético.</p>	<p>Considera-se que o manual educativo Diabete e pé diabético: manual de cuidado com os pés poderá contribuir para a ampliação do conhecimento das pessoas com DM e auxiliar na orientação prestada pelos enfermeiros aos diabéticos com pé diabético.</p>

<p>Marcadores do consumo alimentar de pacientes diabéticos avaliados por meio de um aplicativo móvel (2017)</p>	<p>Avaliar os marcadores do consumo alimentar de pacientes diabéticos por meio de um aplicativo móvel</p>	<p>O método possibilitou a construção de manual que resultou em um produto de enfermagem para uso na educação em saúde, para o cuidado da pessoa com diabetes com pé diabético.</p>	<p>Os pacientes diabéticos apresentaram consumo dos marcadores alimentares considerados saudáveis e não saudáveis adequados em sua maioria, considerando a frequência de consumo recomendada pelo Ministério da Saúde. Entretanto, um fato preocupante, a julgar pelos indicadores antropométricos e laboratoriais, foram as significativas alterações do estado nutricional e de controle glicêmico, encontrados nessa população</p>
<p>Aplicativo móvel para avaliação dos pés de pessoas com diabetes mellitus (2017)</p>	<p>Construir um manual educativo para pessoas com diabetes mellitus com pé diabético</p>	<p>Este estudo desenvolveu e validou o aplicativo móvel CuidarTech "Exame dos Pés" sobre avaliação e classificação de risco dos pés de pessoas com <i>Diabetes mellitus</i>. O aplicativo segundo avaliação dos juízes e enfermeiros é funcional, confiável, adequado e eficiente.</p>	<p>O uso do CuidarTech "Exame dos Pés" pelo enfermeiro poderá aprimorar seu conhecimento científico; auxiliar durante a consulta de enfermagem na prevenção de riscos, monitoramento e controle de complicações nos pés de pessoas com diabetes mellitus e ampliar a resolutividade da Atenção Primária à Saúde quanto a prevenção e detecção precoce de alterações nos pés de pessoas com <i>Diabetes mellitus</i>.</p>
<p>Estratégias educativas para pessoas diabéticas com pé em risco neuropático: síntese de boas evidências (2016)</p>	<p>Identificar as melhores evidências sobre estratégias de educação em saúde utilizadas para ensino-aprendizagem de pessoas com <i>Diabetes mellitus</i> e pé em risco neuropático.</p>	<p>Foi possível observar o predomínio de atividades educativas realizadas em grupo por meio da troca de informações e experiências emancipatórias envolvendo pacientes com DM, familiares e profissionais de saúde, com destaque às ações desenvolvidas por enfermeiros.</p>	<p>A educação em saúde é imprescindível para pessoas acometidas por doenças crônicas, principalmente aquelas vivendo com DM, com vistas à eficácia do autocuidado, mudança dos hábitos e melhoria da qualidade de vida. <i>oril</i>.</p>

<p>Diabetic footwear: is it an assistive technology capable of reducing peak plantar pressures in elderly patients with neuropathy? (2016)</p>	<p>Avaliar a influência de uma Tecnologia Assistiva, o calçado para diabético, nos picos de pressão plantar de idosos</p>	<p>A utilização do calçado para diabético promoveu uma redução na média dos picos de pressão plantar na ordem de 22% na análise estática, e de 31% na análise dinâmica</p>	<p>O calçado para diabético foi capaz de produzir reduções significativas nos picos de pressão plantar, sendo mais eficiente que um calçado comum. Este efeito pode contribuir na prevenção de lesões associadas ao pé diabético.</p>
<p>Diabetes Food Control – Um aplicativo móvel para avaliação do consumo alimentar de pacientes diabéticos (2015)</p>	<p>Apresentar o aplicativo Diabetes Food Control, desenvolvido para avaliar os marcadores do consumo alimentar dos diabéticos, baseado em um questionário validado.</p>	<p>Os resultados demonstraram que a utilização das APIs do Apache Cordova é uma boa alternativa para o desenvolvimento de aplicativos para dispositivos móveis que não demandem de muitas funcionalidades específicas, levando em consideração as limitações dos linguagens e a dependência de plugins.</p>	<p>Os resultados identificaram uma aceitação satisfatória do aplicativo, principalmente quanto à sua utilização, por permitir maior praticidade, facilidade e agilidade na realização da coleta de dados, frente aos métodos tradicionais em papel.</p>
<p>Aplicativos para Dispositivos móveis (?Apps?) na automonitorização em pacientes diabéticos (2015)</p>	<p>descrever as características básicas destes aplicativos e visualizar a tendência de incorporação de recursos esperada para um futuro próximo</p>	<p>Estes aplicativos devem ser preferencialmente multifuncionais, integrados com outras soluções de forma a propiciar ao mesmo tempo uma boa usabilidade, interoperabilidade entre sistemas, e promover boa comunicação e integração com a equipe cuidadora, ao mesmo tempo em que os direitos do paciente ao sigilo e confidencialidade devem ser preservados, garantindo assim uma boa relação médico-paciente</p>	<p>A análise do material obtido, provavelmente devida à atualização dinâmica da área, não permitiu quantificar precisamente os benefícios da mHealth (“saúde móvel”) em diabetes, mas há consenso que as perspectivas são bastante animadoras.</p>

Fonte: Elaborado pelas autoras.

Os resultados foram categorizados em tecnologias e aplicativos utilizados por pessoas diabéticas, sendo elaboradas nas categorias: Categoria 1. Tecnologia educativa para pacientes diabéticos. Categoria 2. Tecnologia alimentar para o diabético. Categorias 3. Tecnologia para avaliação de pé diabético.

Categoria 1 - Tecnologia educativa para pacientes diabéticos

As tecnologias entre suas utilidades são também aliadas no suporte de pacientes que necessitam de tratamento contínuo. A educação dada aos pacientes diabéticos trazem empoderamento do conhecimento, envolvendo o cuidado e colaborando com riscos mínimos de erros ou falhas no tratamento (DE JESUS *et al.*, 2017). As tecnologias educativas podem ser através de aplicativos ou cartilhas sendo usadas para prevenção e tratamento. A educação como estratégia de mudanças de comportamento e empoderamento do autocuidado do DM é desenvolvida com o ensino da patologia, da prevenção e do tratamento. A autonomia do cuidado traz benefícios para assiduidade do tratamento (LIMA; MENEZES; PEIXOTO, 2018).

O paciente diabético deve ter oportunidades para recursos tecnológicos onde poderá aprimorar seus conhecimentos relacionados à doença; principalmente para conviver com sintomas peculiares próprios da doença (TAVARES *et al.*, 2016). As tecnologias educacionais

são importantes aliadas no conhecimento da população e promoção da saúde (RAMOS, 2017); porém a desigualdade social, o acesso às informações ainda é limitado para um grupo da população (BORGES; LACERDA, 2018).

Entre as informações importantes a serem divulgadas, o uso adequado e correto da insulina torna imprescindível. A insulina é um medicamento de extrema importância para o diabético. O uso de insulina é necessário no tratamento do Diabetes Melitus 1 (DM) devendo o paciente ter as orientações sobre o uso desta, assim que for diagnosticado (OLIVEIRA; JÚNIOR; VENCIO, 2018). A desinformação e o uso inadequado poderão trazer danos irreversíveis para a saúde.

Categoria 2 - Tecnologia alimentar para o diabético

A vida moderna traz repercussões desastrosas para a saúde. Os alimentos de fácil acesso, geralmente, são os industrializados, ricos em sódio e gorduras (CRISTIANO BALDO, MARIA CRISTINA ZANCHIM, 2015). A preocupação com a alimentação tem ganhado vislumbre na população em contrapartida à geração atual negligência sua alimentação com as inúmeras ofertas de mercado, passando a inserir na dieta esses produtos, que além do malefício podem gerar obesidade. O padrão nutricional tornou-se uma preocupação no contexto mundial. A mudança de hábitos alimentares, tornando uma alimentação saudável repercute na qualidade de vida e no gerenciamento também de pessoas

com diabetes (ZANCHIM *et al.*, 2017). A alimentação saudável tornou-se uma aliada preventiva devido aos fatores de risco modificáveis (BEATRIZ; SILVA; ARAÚJO, 2017).

As tecnologias existentes passaram a investir nestes recursos de monitoramento e há um número significativo de adeptos. Os chamados alimentos funcionais passaram a fazer parte da dieta. Esses alimentos possuem além de funções nutricionais, efeitos metabólicos e fisiológicos, contribuindo para uma vida saudável (HENRIQUE *et al.*, 2018).

Atualmente, percebe-se a necessidade de informações sucintas e com alcance rápido das pessoas (ZANCHIM *et al.*, 2017); porém, apesar dos aplicativos desempenharem seu papel para simplificar e agilizar informações; não há uma garantia de seguimento, pois a adesão dependerá de indivíduo para indivíduo (ZANCHIM *et al.*, 2017).

Categorias 3 - Tecnologia para avaliação de pé diabético

A diabetes é uma doença que causa neuropatia periférica; devido à falta de sensibilidade os pacientes apresentam com frequência lesões de pododáctilos, região plantar, entre outras (ZANCHIM *et al.*, 2017). Esses tipos de lesões levam pacientes a internamentos e mutilações (SANTOS *et al.*, 2018).

A prevenção de lesões é fundamental para que pacientes diabéticos sejam poupados de complica-

ções decorrentes da doença. O processo educativo para o autocuidado torna-se essencial na prevenção de complicações, sendo mais uma estratégia (PADILHA *et al.*, 2017) aprovado por Comitê de Ética em Pesquisa, realizado em um hospital escola do Estado de Santa Catarina (Brasil). A era da informática, o surgimento de celulares sofisticados, computadores e a internet trouxeram oportunidades de conhecimentos de medidas preventivas e tratamento para diabetes. O surgimento desta nova modalidade de informação também trouxe a comodidade de acesso prático e rápido (VÊSCOVI *et al.*, 2017) realizado em quatro etapas: Definição de requisitos e elaboração do modelo conceitual; Geração das alternativas de implementação e prototipagem; Testes e Implementação. O aplicativo foi desenvolvido baseado nas diretrizes nacionais e internacionais sobre Diabetes mellitus; seguiu as normas da Associação Brasileira de Normas Técnicas para Engenharia de Software e utilizou o programa Intel XDK, para plataformas IOS e Android. O produto foi avaliado quanto a usabilidade pelas heurísticas de Nielsen, pela equipe de desenvolvimento e validado por enfermeiros quanto aos aspectos de funcionalidade, confiabilidade, usabilidade e eficiência. Resultados: O aplicativo móvel Cuidar Tech “Exame dos Pés” possui sete telas que integram os elementos para avaliação e classificação de risco e oito telas (formulários).

Os aplicativos, os *softwares*, as cartilhas trouxeram um diferencial de informações. A necessidade da prevenção de lesões por diabetes, traz mudanças na saúde

social e financeira do indivíduo com esta doença. O recurso através de imagens, *folders*, *flvs*, álbuns seriados produzem resultados eficazes, porém não substitui as orientações dos profissionais de saúde (MENEZES *et al.*, 2016).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os estudos sobre o uso de tecnologias para as pessoas diabéticas têm foco principal no processo educativo de prevenção e tratamento, alimentação e prevenção de complicações de pé diabético. As tecnologias avaliadas são aliadas no processo educativo de prevenção e tratamento. São coadjuvantes de um problema ainda não solucionado que é a adesão destes cuidados.

Apesar das inúmeras ofertas de tecnologias existentes é questionado também ao alcance desta população os benefícios; seja devido ao acesso pela internet, ainda não universal; seja pela alfabetização destas pessoas, que podem ter dificuldades na assimilação destes conhecimentos.

Diante da relevância da diabetes, percebe-se a necessidade de mais estudos relacionados ao tema tecnologia, para maior alcance de pessoas; podendo enfatizar que nenhuma orientação por aplicativos deva substituir o papel dos profissionais de saúde, dentro de cada especialidade, com atuação, principalmente, na prevenção de complicações.

REFERÊNCIAS

AKKARI, A. C. S. *et al.* Inovação tecnológica na indústria farmacêutica: diferenças entre a Europa, os EUA e os países farmaemergentes. **Gestão & Produção**, v. 23, n. 2, p. 365–380, 2016.

ARRAIS, R. F.; LUIZ, P.; CROTTI, R. Revisão: aplicativos para dispositivos móveis (“apps”) na automonitorização em pacientes diabéticos. v. 7, n. 4, 2015.

BALDO, C.; ZANCHIM, M. C.; KIRSTEN, V. R. Diabetes Food Control – Um aplicativo móvel para avaliação do consumo alimentar de pacientes diabéticos. **RECIIS – Rev. Eletron. de Comun. Inf. Inov. Saúde**. e-ISSN 1981-6278, v. 13, n. 1, p. 208-221, 2015.

BEATRIZ, L.; SILVA, R. C. C.; ARAÚJO, C. Functional foods in the management of diabetes mellitus type 2: bibliographic application. v. 3, n. 4, p. 727–731, 2017.

BORGES, D. de B.; LACERDA, J. T. de. Ações voltadas ao controle do Diabetes Mellitus na Atenção Básica: proposta de modelo avaliativo. **Saúde em Debate**, v. 42, n. 116, p. 162-178, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. **Entendendo a Incorporação de Tecnologias em Saúde no SUS**: como se envolver [recurso eletrônico]. [s.l.: s.n.].

BRASIL. Ministério da Saúde. **Introdução à Gestão de Custos em Saúde**. Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013. [s.l.: s.n.].

DE JESUS, D. M. M. *et al.* Construção de cartilha sobre insulinoterapia para crianças com diabetes mellitus tipo 1. **Revista brasileira de enfermagem**, v. 70, n. 1, p. 7-14, 2017.

GUIMARÃES, J. M. de M. *et al.* Paradigmas e trajetórias tecnológicas em saúde: desafios da inovação no cuidado da diabetes. **Saúde em Debate**, v. 42, n. 2, p. 218-232, 2018a.

GUIMARÃES, R. *et al.* Política de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 3, p. 881-886, 2018b.

HENRIQUE, V. A. *et al.* **Alimentos funcionais**: aspectos nutricionais na qualidade de vida. [s.l: s.n.].

HILLEGONDA, M. D. N.; SOÁREZ, P. C. Organizações de avaliação de tecnologias em saúde (ATS): dimensões do arcabouço institucional e político. **Cadernos de Saúde Pública**, p. 1-14, 2016.

JÁCOME, S. J.; ORDÓÑEZ, A.; CERÓN, G. M.; VILLAQUIRÁN, A. F. Mapeo sistemático del uso de las tecnologías de la información y la comunicación en la diabetes tipo 2. **Revista Cubana de Información en Ciencias de la Salud**, v. 5, n. 2, p. 67-82, 2018.

LIMA, C. R. de; MENEZES, I. H. C. F.; PEIXOTO, M. do R. G. Educação em saúde: avaliação de intervenção educativa com pacientes diabéticos, baseada na teoria social cognitiva. **Ciência & Educação (Bauru)**, v. 24, n. 1, p. 141-156, 2018.

MAGALHÃES, J.; BASTOS, A. C.; BARROSO, W. Cenário global e glocal das tendências científicas e tecnológicas em diabetes: uma abordagem do big data em saúde no século 21. **Revista de Gestão em Sistemas de Saúde**, v. 5, n. 1, p. 1-14, 2016.

MENEZES, L. C. G. de *et al.* Estratégias educativas para pessoas diabéticas com pé em risco neuropático: síntese de boas evidências. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 18, 2016.

MORAES, L. M. de S. *et al.* Uso de tecnologia leve-dura nas práticas de enfermagem: análise de conceito. **Aquichan**, v. 16, n. 2, p. 230-239, 2016.

OLIVEIRA, A. F. de; MARCHI, A. C. B. de; LEGUISAMO, C. P. Diabetic footwear: is it an assistive technology capable of reducing peak plantar pressures in elderly patients with neuropathy? **Fisioterapia em Movimento**, v. 29, n. 3, p. 469-476, 2016.

ONU BRASIL. Nações unidas do Brasil. **OMS**: controle de doenças crônicas não transmissíveis gera retornos financeiros e de saúde. ONU Brasil, 2018. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/oms-control-e-de-doencas-cronicas-nao-transmissiveis-gera-retornos-financeiros-e-de-saude/>. Acesso em: 14 jun. 2019.

PADILHA, A. P. *et al.* Manual de cuidados às pessoas com diabetes e pé diabético: construção por scoping study. **Texto contexto enferm.**, Florianópolis, v. 26, n. 4, 2017.

PORRAS, Y. L. *et al.* Aspectos importantes a incorporar en una aplicación móvil para la adherencia al tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2 en Costa Rica según pacientes y profesionales de salud. **Perspectivas en Nutrición Humana**, v. 18, n. 2, p. 155-170, 2017.

RAMOS, M. H. Uso de cartilha educacional sobre diabetes mellitus no processo de ensino e aprendizagem. **Ensino, Saúde e Ambiente**, v. 10, n. 3, p. 94-105, 2017.

SANTOS, K. P. B. dos *et al.* Carga da doença para as amputações de membros inferiores atribuíveis ao diabetes mellitus no Estado de Santa Catarina, Brasil, 2008-2013. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, n. 1, p. 2008-2013, 2018.

SILVA, J. P. DA *et al.* Construção e validação de simulador de baixo custo para capacitação de pacientes com diabetes mellitus e/ou de seus cuidadores na aplicação de insulina. **Escola Anna Nery**, v. 22, n. 3, p. 1-9, 2018.

TAVARES, M. C. D. A. *et al.* Análise da percepção dos diabéticos tipo 2 sobre a doença e o tratamento. **Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção**, v. 6, n. 2, p. 1-7, 2016.

THE PRISMA Group. Principais itens para relatar Revisões sistemáticas e Meta-análises: A recomendação PRISMA*. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 24, n. 2, p. 335-342, 2015.

VÊSCOVI, S. DE J. B. *et al.* Aplicativo móvel para avaliação dos pés de pessoas com diabetes mellitus. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 30, n. 6, p. 607-613, 2017a.

ZANCHIM, M. C. *et al.* Marcadores do consumo alimentar de pacientes diabéticos avaliados por meio de um aplicativo móvel. **Ciênc. saúde coletiva** [online], v. 23, n. 12, p. 4199-4208, 2018.

REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE MATERNO INFANTIL: UMA ABORDAGEM REFLEXIVA

*Ana Patrícia Timbó Batista Ribeiro
Antonio Rodrigues Ferreira Júnior*

INTRODUÇÃO

A Rede de Atenção à Saúde Materno Infantil (RAS-MI), também denominada Rede Cegonha, consiste em uma rede de serviços que propõe garantir à mulher assistência ao planejamento familiar, atenção humanizada durante a gravidez, parto e puerpério, assim como atenção à criança desde o nascimento, com acompanhamento do crescimento e desenvolvimento durante os primeiros dois anos de vida (BRASIL, 2011).

Além de implementar um novo modelo de atenção à saúde da mulher e da criança até 24 meses e organizar uma rede de atenção proporcionando acolhimento, acessibilidade e resolutividade, a Rede de Atenção à Saúde Materno Infantil também tem como objetivo reduzir a mortalidade materna e infantil (BRASIL, 2011). Destaca-se que ela está estruturada em quatro componentes: pré-natal, parto, nascimento e puerpério e atenção à saúde da criança, além de sistemas logísticos, transportes sanitários e regulação.

No mesmo contexto, para implantação dos serviços e fortalecimento das ações materno-infantis, indicadores de saúde deverão ser avaliados para adesão e construção da rede nos municípios, estando divididos em quatro grupos: indicadores de morbimortalidade, de atenção, da capacidade hospitalar instalada e de gestão (UNA-SUS, 2015).

Uma vez que estão inseridos na perspectiva de avanços dos indicadores de saúde relacionados à saúde da mulher e da criança, discorrer a participação dos profissionais enfermeiros nesse cenário parece relevante, visto que a categoria em questão, normalmente, acompanha desde a gestação até a puericultura (OLIVEIRA; CELENTO, 2016).

É válido ressaltar que a Rede de Atenção à Saúde Materno Infantil propõe um método de cogestão, gestão compartilhada, envolvendo todos os atores na tomada de decisão, fator que mostra uma expectativa para obtenção de bons resultados (PINTO, 2014). Para tanto, o presente estudo tem como objetivo apresentar uma abordagem reflexiva sobre ela.

CENÁRIO

Rede de Atenção à Saúde Materno Infantil

A Rede de Atenção à Saúde Materno Infantil é uma das Redes Temáticas de Atenção à Saúde, inserida às Redes de Atenção à Saúde (CONASS, 2015). A Rede Cegonha foi instituída ao Sistema Único de Saúde (SUS)

através da Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011 (BRASIL, 2011).

Dessa forma, para compreendê-la se faz necessária uma breve contextualização sobre Redes de Atenção à Saúde abordando, inicialmente, o conceito.

Redes de Atenção à Saúde são arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado. (BRASIL, Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, p.4).

É interessante relatar que as Redes de Atenção à Saúde foram idealizadas pela primeira vez em 1920, na Primeira Guerra Mundial, pelo médico Bertrand Dawson (MENDES, 2011). No seu relatório, ele cita que “Saúde só pode ser assegurada mediante uma combinação de esforços” (MINISTRY OF HEALTH, 1920).

A mudança no perfil demográfico e epidemiológico repercutiu em uma tripla carga de doenças, distribuídas em doenças agudas, violência urbana e doenças crônicas. Este fator demanda a formação de um sistema de saúde integrado e humanizado, com serviços complementares, que proporcione a equidade e longitudinalidade do cuidado, construído com planejamento e financiamento das três esferas de governo, conforme necessidade da população e que tenha a Atenção Primária à Saúde como coordenadora do cuidado e ordenadora da rede (PILER *et al.*, 2019).

Estruturar um sistema de saúde em formato de Redes de Atenção à Saúde poliárquico requer como base a regionalização, ou seja, as ações e serviços de saúde organizados em regiões, para uma população adstrita, com responsabilidades sanitárias compartilhadas, objetivando proporcionar acessibilidade, integralidade, resolutividade aos seus usuários (BRASIL, 2011).

Segundo Ministério da Saúde (2010), o alcance da resolutividade nas Redes de Atenção à Saúde apresenta-se fundamentado nos fatores descritos abaixo.

- Economia de escala: centraliza serviços e insumos tecnológicos e humanos em local determinado, reduz gastos e potencializa resultados.
- Qualidade: propõe-se a obter a condição perfeição do cuidado com a utilização de segurança, efetividade, centralidade na pessoa, pontualidade, eficiência e equidade.
- Suficiência: disponibilidade de ações e serviços em quantidade e qualidade satisfatória à necessidade da população.
- Acesso: trata-se de ausência de todos os tipos de barreiras, dentre elas cuidado, geográfica, financeira, organizacionais e étnicas.
- Disponibilidade de Recurso: recursos insuficientes devem ser centralizados e os suficientes orienta-se descentralizar.

Por fim, após a organização do SUS com as Redes de Atenção à Saúde, para atender à necessidade da população foram criadas, prioritariamente, cinco Redes

Temáticas de Atenção à Saúde: Rede Cegonha ou Rede de Atenção à Saúde Materno Infantil em 2011, Rede de Urgência e Emergência em 2011, Rede de Atenção Psicossocial em 2011, Rede de Atenção às Pessoas com Deficiência em 2012 e a Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas em 2014 (CONASS, 2015).

Dentre as Redes Temáticas de Atenção à Saúde supracitadas, aprofundar-se-á discussão sobre a Rede de Atenção à Saúde Materno Infantil. Esta consiste em uma rede de cuidados que prioriza a atenção humanizada, estimulando a implementação de um novo modelo assistencial e idealizando reduzir as taxas de morbimortalidade materna e infantil (CONASS, 2015).

Em uma abordagem histórica, a Atenção à Saúde da Mulher e da Criança foi incluída como política nacional de saúde desde as décadas de 1930, 1950 e 1970. Iniciando mais efetivamente em 1950 com a proposta “Melhores mães”, os assuntos nutrição e planejamento familiar foram fortalecidos. Na década de 1970, o objetivo era inserir as mulheres no contexto social e econômico, diminuindo as desigualdades frente aos homens, ocorrendo, assim, a Conferência Internacional da Mulher e Plano da Década da Mulher (UNA-SUS, 2013).

Em 1984, o Ministério da Saúde lança o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), com proposta inovadora sobre saúde reprodutiva, como resposta aos movimentos feministas da época. Após 16 anos, também é criado pelo Ministério da Saúde o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN), que idealiza melhorar a assistência à mulher do

pré-natal ao puerpério e, por conseguinte, diminuir as taxas de morbimortalidade vinculados a este público (OLIVEIRA *et al.*, 2014).

Dentro deste mesmo processo de evolução, em 2011, após a organização do sistema de saúde em Redes, o Ministério da Saúde também apresenta a Rede de Atenção à Saúde Materno Infantil, que tem como diretrizes o acolhimento com classificação de risco, a vinculação à instituição de referência ao parto e ao transporte – bem como a segurança de boas práticas durante a parturição – o acompanhamento da criança até os 24 meses e a garantia de planejamento reprodutivo. Essas ações estão inseridas dentro de quatro componentes: pré-natal, parto e nascimento, puerpério e atenção integral à saúde da criança (CASSIANO *et al.*, 2014).

Para o Ministério da Saúde (2011) operacionalizar a rede em questão, cinco fases deverão ser executadas.

- Adesão e diagnóstico, que se trata da apresentação dela para os municípios, avaliação de um diagnóstico situacional desde a capacidade hospitalar aos indicadores de saúde materno infantil e acompanhamento da implantação e implementação.
- Desenho Regional da Rede de Atenção Materno Infantil através da formação de um Colegiado de Gestão, com o objetivo de planejar de forma regionalizada todos os pontos de atenção da rede.
- Contratualização dos Pontos da Rede mediante o desenho municipal, pactuação dos

serviços essenciais dentro das três esferas de governo, bem como na região de saúde a qual pertence, ressaltando as responsabilidades de cada componente.

- Qualificação dos componentes da Rede de Atenção Materno Infantil, executando cada ação proposta nos Planos de Ações Municipais e Regionais para posterior avaliação pelo Ministério da Saúde.
- Certificação concedida pelo Ministério da Saúde anualmente após resultados da avaliação realizada na etapa de qualificação.

A Rede de Atenção Materno Infantil aponta a União, Estados e Municípios como financiadores das ações, no entanto, nos componentes pré-natal, parto e nascimento o Ministério da Saúde tem um compromisso significativo, seguindo a programação dos planos de ação e as bases de cálculo indicadas (BRASIL, 2011).

No componente pré-natal será repassado 100% do investimento para os novos exames de acordo com a quantidade de gestantes programada, assim como 100% dos *kits* de gestante, das parteiras e deslocamento tanto para o pré-natal como para o local referenciado ao parto. No componente parto e nascimento, o investimento federal deu-se em 100% para construção, reforma, custeio do Centro de Parto Normal, da Casa da Gestante, Bebê e Puérpera e do Leito Canguru. Nas reformas e custeios dos leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) para Adultos e para Neonatos e da Unidade de Cuidados Intermediários (UCI) neonatal, assim como

de Gestante de Alto Risco, o incentivo financeiro foi de 80% (BRASIL, 2011).

No decorrer de quase uma década da implantação e implementação da Rede de Atenção Materno Infantil, percebeu-se que significativos avanços foram alcançados, tais como melhoria nos sistemas de informação, qualificação de profissionais, cobertura de indicadores no tocante à saúde reprodutiva, assistência ao pré-natal e atenção qualificada no parto. Entretanto, contrapondo à ascensão destes resultados, ainda se visualiza dados elevados de taxas de cesarianas, prematuridade e obesidade infantil, refletindo o fato de que avanços são identificados, mas, ainda, é evidente a necessidade de fortalecimento desta política de saúde (LEAL *et al.*, 2018).

Indicadores da Rede de Atenção à Saúde Materno Infantil

Indicadores são medidas condensadas com dados importantes que mensuram o estado de saúde e desempenho de um sistema de saúde, sendo uma ferramenta significativa para tomada de decisão baseada em evidências, tal como para planejamento em saúde (OPAS, 2008).

Eles são instrumentos que ajudam a detectar, calcular, explicar situações a qual o Estado decide por resolver ou não. Salienta-se também que, em gestão pública, os indicadores são utilizados na fase de identifi-

cação dos problemas, na exposição deles, apresentando informações que justifiquem a gravidade, urgência, relevância e, em seguida, durante o planejamento (BRASIL, 2018).

Relacionados à saúde, os indicadores foram inicialmente institucionalizados a partir de 1995, por meio da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), que publicou a Iniciativa Regional de Dados Básicos de Saúde, apresentando um panorama geral sobre os dados de saúde das regiões. No mesmo direcionamento, o Ministério da Saúde também desenvolveu, nas últimas décadas, sistemas com informações de nascimento, óbitos, doenças de notificação, atenção básica, ambulatorial e hospitalar, bem como de orçamento (OPAS, 2008).

No Brasil, em 1996, pelas Normas Operacionais Básicas (NOB-SUS/96), um conjunto de indicadores epidemiológicos foram construídos com o intuito de acompanhar o desempenho dos municípios e estados, avaliando a situação de saúde. Por conseguinte, em 1998 e 1999, o Ministério da Saúde criou o Pacto de Indicadores da Atenção Básica, com as Portarias nº 3925/1998 e nº 476/1999, regulamentando o manual de acompanhamento e avaliação da Atenção Básica no país, entrando em vigor em 2002 por meio das Normas Operacionais da Assistência à Saúde (NOAS) (BASTOS, 2008).

Com a necessidade de subsidiar de forma cada vez mais substancial as informações em saúde, além de unificar e ampliar os indicadores já existentes, em 2006 o Ministério da Saúde, pela Portaria nº 399/2006, institui o Pacto pela Saúde (LIMA; AGUILAR, 2017).

O Pacto pela Saúde, aprovado nas três instâncias do sistema, apresenta-se com três componentes: Pacto pela Vida, com conjunto de prioridades sanitárias a serem cumpridas nas três esferas de governo; Pacto de Gestão, com um Termo de Compromisso de Gestão que propõe alinhar a relação entre os gestores com diretrizes e responsabilidades definidas; Pacto em Defesa do SUS, no qual consolida o processo da Reforma Sanitária e afirma o SUS como política pública (ALBUQUERQUE; MARTINS, 2017).

Em 2011, o Ministério da Saúde publica o Decreto nº 7508/2011, com objetivo de regulamentar a Lei Orgânica da Saúde, nº 8080/90, permutar as portarias, normas operacionais e pactos existentes. Embora tenha mantido os princípios organizativos da regionalização, hierarquização e a pactuação de metas de indicadores de saúde, inovou com instrumentos e ferramentas de planejamento, organização, gestão e controle do SUS, tais como a Relação Nacional de Serviços de Atenção à Saúde (Renases), o Mapa da Saúde e o Contrato Organizativo de Ação Pública (COAP) (ALBUQUERQUE; MARTINS, 2017).

Contextualizando os indicadores da Rede de Atenção à Saúde Materno Infantil, visualiza-se informações distribuídas em 4(quatro) grupos: indicadores de morbimortalidade, atenção, situação de capacidade hospitalar instalada e gestão, esses compostos em uma matriz diagnóstica. Destaca-se que os quatro grupos apresentam resultados tanto em percentual quanto em número absoluto (BRASIL, 2011).

Os indicadores do grupo 1 são relativos às informações de Mortalidade e Morbidade, sendo eles:

Grupo 1 - Indicadores de Mortalidade e Morbidade: incidência de sífilis, óbitos infantis (neonatal e pós-neonatal), números absolutos de óbitos maternos por faixa etária e por município, nascidos vivos de acordo com idade da mãe e idade gestacional, percentual de óbitos infantis e de mulheres investigados. (BRASIL, 2011).

Os indicadores de mortalidade são clássicos de saúde por demonstrarem as condições ambientais e socioeconômicas da população, porém a redução da mortalidade infantil indica facilidade do acesso e melhoria na qualidade do atendimento (OLIVEIRA; CELENTO, 2016).

A seguir, estão os indicadores do grupo 2, que avaliam a atenção durante o pré-natal, parturição e acompanhamento das crianças até os primeiros dois anos.

Grupo 2 - Indicadores de Atenção: número de nascidos vivos e % de gestantes com mais de 7 consultas no pré-natal; Cobertura de equipes de Saúde da Família; Tipo de parto: Percentual de cesáreos e partos normais. Cesárea em primípara. Idade da mãe; Percentual de gestantes captadas até a 12ª semana de gestação; Percentual de crianças com consultas preconizadas até 24 meses; Percentual de crianças com as vacinas de rotina de acordo com a agenda programada; Percentual de gestantes com todos os exames preconizados. (BRASIL, 2011).

Os Indicadores de atenção são pautados nos princípios da humanização, mensurando a assistência ao pré-natal, parto e puerpério; também focalizam a atenção ao recém-nascido, acompanhando os primeiros dois anos da infância (OLIVEIRA *et al.*, 2016).

Abaixo, os dados do grupo 3 são relacionados à capacidade hospitalar e apresentam resultados em números absolutos.

Grupo 3 - Situação da Capacidade Hospitalar Instalada: Número de leitos obstétricos total e por estabelecimento de saúde; Identificação das maternidades para gestação de alto risco e/ou atendimento ao recém-nascido e crianças de alto risco; Identificação dos leitos UTI neonatal existentes; Identificação dos leitos UTI adulto existentes em hospitais que realizam parto. (BRASIL, 2011).

Os dados supracitados medem a capacidade de leitos para mulheres e crianças da baixa até a alta complexidade, com o objetivo de melhor otimizar a demanda de uma região de saúde (ALBUQUERQUE; MARTINS, 2017).

Na sequência, o grupo 4 mostra os indicadores de gestão.

Grupo 4 - Indicadores de Gestão: Percentual de investimento estadual no setor saúde, PDR atualizado; PPI atualizada; Identificação de centrais de regulação; urgências, de internação, e ambulatorial; Implantação de ouvidorias do SUS no estado e capital. (BRASIL, 2011).

Os indicadores de gestão foram construídos com informações baseadas nas diretrizes e nos princípios organizativos do SUS, visando à regionalização, participação social, integralidade e equidade, proporcionando, em linhas gerais, suporte ao gestor (ALBUQUERQUE; MARTINS, 2017).

Afinal, ao serem analisados os indicadores da Rede de Atenção à Saúde Materno Infantil, percebe-se que ainda existem fragilidades na atenção ao pré-natal, desde a captação precoce, a frequência às consultas e o acolhimento humanizado. Tais resultados apontam para um maior controle sistematizado direcionado à assistência, bem como uma maior quantidade de treinamentos aos profissionais (MAIA *et al.*, 2017).

A implementação da rotina na análise de indicadores proporciona efetivamente os avanços e lacunas, incluindo a necessidade de informações com qualidade e a condução de gestores que, por vezes, desconhecem ou se omitem, fazendo com que possam se embasar nesses resultados (ALBUQUERQUE; MARTINS, 2017).

A atuação do enfermeiro na Rede de Atenção à Saúde Materno Infantil

O enfermeiro é o profissional de saúde que tem a atuação pautada no cuidado, uma atenção holística que reflete amor, zelo, responsabilidade pelo outro e, sobretudo, humanização (OLIVEIRA; CELENTO, 2016).

Para tanto, em paralelo ao processo de evolução da saúde materno infantil já mencionada, o enfermeiro

também apresentou avanços em suas atividades frente à Rede de Atenção à Saúde Materno Infantil, visto que, inicialmente, estava designado para a assistência ao pré-natal e, com as ações propostas pela Rede Cegonha, essa categoria atua, principalmente, na assistência ao parto sem complicações (OLIVEIRA *et al.*, 2016).

Diante do exposto, ressalta-se que o enfermeiro obstetra e o técnico de enfermagem exercem funções importantes nos Centros de Parto Normal. Destaca-se como papel do profissional de enfermagem o trabalho de parto, detecção precoce de distocias ou intercorrências clínicas, estabilização parturiente e encaminhamento para unidades referências (OLIVEIRA *et al.*, 2016).

Frente à perspectiva da Rede de Atenção à Saúde Materno Infantil, o enfermeiro precisa estar sensibilizado e corroborar com as mudanças estabelecidas, ou seja, estimular a mulher para o seu protagonismo durante o trabalho de parto, assim como permitir a presença do acompanhante de sua escolha e orientar quanto ao uso de tecnologias que possam proporcionar conforto e segurança. Entre as atividades direcionadas a ele, também se observa, frequentemente, responsabilidades administrativas e de gestão, mostrando que sua atuação está para além da sala de parto (THUROW, 2016).

Devido à atuação ampla do profissional de enfermagem dentro das ações da Rede de Atenção à Saúde Materno Infantil, ele deve estar sempre apto e qualificado às diversidades que possam surgir, ainda assim é interessante incentivar a formação de uma equipe multiprofissional na Atenção Primária e na Terciária como

suporte aos imprevistos e desafios inesperados (OLIVEIRA; CELENTO, 2016).

Abordando os desafios enfrentados pelo enfermeiro inserido nos serviços da Rede de Atenção Materno à Saúde Materno Infantil, salienta-se, também, a carência de especialistas em obstetrícia, fato que pode inviabilizar a assistência ao parto, assim como desqualificar esta atenção (TRUROW, 2016).

Em suma, é visível a importância da equipe de enfermagem, porém o enfermeiro obstetra se sobressai na execução de um trabalho amplo e essencial. Em contrapartida, os desafios continuam presentes através das situações inusitadas, como também pela quantidade de especialistas aquém da desejada (TRUROW, 2016).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Rede de Atenção à Saúde Materno Infantil ou Rede Cegonha, ora descrita, demonstra potencialidades e fragilidades no processo de implementação no Brasil. No que diz respeito aos avanços, pôde-se identificar melhorias consideráveis nos sistemas de informação, na qualificação de profissionais e na cobertura de indicadores, no entanto, ainda existem desafios significativos a serem confrontados, tais como as elevadas taxas de parto cesáreo, prematuridade e obesidade infantil.

As qualificações profissionais foram intensificadas após a proposição das boas práticas para atenção à saúde da mulher e da criança, porém os relatos ainda apontam a necessidade de fortalecimento dos treinamentos.

Sobre os indicadores de saúde relacionados à saúde da mulher e da criança, é notória a redução das mortalidades, entretanto ainda precisa atingir melhores resultados. Outros indicadores que continuam apontando vulnerabilidade são os de atenção ao pré-natal, desde a captação precoce, a frequência às consultas e o acolhimento humanizado, bem como a carência de informações com qualidade e dificuldade que os gestores têm de analisar os indicadores para o planejamento em saúde.

No tocante à atuação do enfermeiro nas ações da Rede de Atenção à Saúde Materno Infantil, a literatura mostra um redimensionamento gradativo, sendo visível sua responsabilização por atividades como pré-natal, trabalho de parto de risco habitual, detecção precoce de distocias ou intercorrências clínicas, estabilização da parturiente e encaminhamento para unidades referências, bem como trabalhos administrativos e de gestão. Apesar da significativa atuação dessa categoria, uma equipe multifuncional é primordial.

Ademais, o estudo em questão apresentou informações relevantes sobre a Rede de Atenção à Saúde Materno Infantil na perspectiva de proporcionar uma reflexão sobre as situações que precisam ser fortalecidas de forma peculiar nessa política de saúde.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, M. Indicadores de desempenho no Sistema Único de Saúde: uma avaliação dos avanços e lacunas. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 41, p. 118-137, 2017.

ALBUQUERQUE, C.; MARTINS, M. Indicadores de desempenho no Sistema Único de Saúde: uma avaliação dos avanços e lacunas. **Saúde de debate**, v.41, n.spe, p.118-137, 2017 <http://dx.doi.org/10.1590/0103-11042017s10>. Data de acesso: 6 jun. 2019

BASTOS, M; AMARAL, M. **Avaliação da Implementação do Pacto de Indicadores da Atenção Básica em Secretarias Estaduais de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Implantação e habilitação de Centro de Parto Normal (CPN), no âmbito do Sistema único de saúde. **Portaria nº 11, de 7 de janeiro de 2015**. Brasília, DF, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituição da Rede Cegonha no Sistema Único de Saúde. **Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011**. Brasília, DF, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual Prático para Implementação da Rede Cegonha**. Brasília, DF, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Redes de Atenção à Saúde. **Portaria nº 4279, de 30 de dezembro 2010**. Brasília, DF, 2010.

CASSIANO *et al.* Saúde materno infantil no Brasil: evolução e programas desenvolvidos pelo Ministério da Saúde. **Revista do Serviço Público de Brasília**, DF, 2014.

CONASS. **A Atenção Primária e as Redes de Atenção à Saúde**. Conselho Nacional dos Secretários de Saúde. Brasília, DF, 2015.

LEAL, *et al.* Saúde reprodutiva, materna, neonatal e infantil nos 30 anos do Sistema Único de Saúde (SUS). **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 23, p. 1915-1928, 2018.

LIMA, A. Análise dos Indicadores de Saúde Materno Infantil de um Município do Estado do Mato Grosso. **J Health Sci**, v. 19, p. 183-190, 2017.

MAIA *et al.* Avaliação dos indicadores de processo do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento e da Rede Cegonha. **Rev. Fun Care Online**, v. 9, n. 4, p. 1055-1060, out./dez. 2017.

MENDES, V. E. **As Redes de Atenção à Saúde**. Organização Pan-Americana de Saúde. 2. ed. Brasília, DF, 2011.

MINISTRY OF HEALTH. CONSULTATIVE COUNCIL ON MEDICAL AND ALLIED SERVICES. **Interim report on the future provision of medical and allied services**. London. 1920. Disponível em: <http://www.sochealth.co.uk/history/Dawson.htm>. Acesso em: 22 jun. 2019.

OLIVEIRA, C. A temática da Rede Cegonha e a inserção do enfermeiro nesse contexto. **Revista de Saúde**, v. 7, p. 33-38, 2016.

OLIVEIRA, E.M.; CELENTO, D.D. A temática da Rede Cegonha e a inserção do enfermeiro nesse contexto. **Revista de Saúde**. 2016 Jan./Jun.; v. 7, n. 1, p. 33-38.

OLIVEIRA *et al.* Reflexões acerca da atuação do enfermeiro na rede cegonha. **Revista de Enfermagem UFPE online**, Recife, v. 10, p. 867-874, 2016.

OPAS. **Indicadores Básicos para a Saúde do Brasil**: conceitos e aplicações. Brasília, DF, 2008.

PILER *et al.* Fatores determinantes dos cuidados de enfermagem no processo de parturição. **Revista de Enfermagem UFPE online**, Recife, v. 13, p. 189-205, 2019.

PINTO L. G. **Um ensaio sobre a gestão da atenção materna e infantil no sistema único de saúde**, Brasília, DF, 2014.

THUROW, M. R. B. **Ações do enfermeiro nos serviços que integram a rede cegonha na perspectiva ecossistêmica**. Rio Grande, 2016.

UNA-SUS. **Redes de Atenção à Saúde**: a Rede Cegonha. Universidade Federal do Maranhão. São Luís, 2015.

UNA-SUS. **Saúde da Mulher Geral**. Universidade Federal do Maranhão. São Luís, 2015.

CONSTRUÇÃO DE UM VÍDEO EDUCATIVO SOBRE OS EXERCÍCIOS FISIOTERAPÊUTICOS PARA PACIENTES MASTECTOMIZADAS

Maria Janete Torres

Andrea Caprara

INTRODUÇÃO

A neoplasia mamária consiste no surgimento de tumores na mama e em regiões adjacentes ocasionados pela proliferação descontrolada de suas células. Compromete estruturas mamárias (lóbulos e ductos mamários), circunvizinhas e demais órgãos (metástase), que compromete a rede linfática da região axilar, subclavicular e do esterno (BUZAID; MALUF; LIMA, 2015). De acordo com a Organização Pan-Americana de Saúde no continente americano, o câncer mamário é o mais comum entre as mulheres, sendo a segunda maior causa de morte entre esse público. Caso essas tendências se mantenham, a expectativa é que haja um aumento de 46% no número de novos casos até 2030 (OPAS, 2017).

A neoplasia mamária também é ocasionada por fatores genéticos em 5% a 10% dos casos, o qual é responsável por ocasionar danos de origem física, química

ou biológica, acumulados ao longo da vida mutações somáticas não hereditárias. Na população mundial, a sobrevivência média após cinco anos da confirmação do diagnóstico é de 61% (OMS, 2018). Piauí acompanha a tendência mundial. Segundo dados do INCA, em 2016 o Piauí registrou 580 casos. Em todo o Nordeste a taxa é de 38,74 casos por 100 mil habitantes, um número ainda muito alto (INCA, 2018).

Segundo o Ministério da Saúde, antes dos 15 anos a neoplasia mamária é uma patologia relativamente rara, porém acima desta faixa etária, a incidência cresce rápida e progressivamente e, com isso também, cresce o número de realizações de mamografia nessa faixa etária (BRASIL, 2018).

Em termos de prevalência, a situação no Brasil assemelha-se bastante ao cenário internacional, com esta neoplasia figurando como o câncer mais frequente na mulher nas regiões Sul, Sudeste, Centro-oeste e Nordeste. Ao todo, estima-se que a incidência de câncer de mama será ao redor de 58.000 novos casos em 2017 (INCA, 2018).

Sua etiologia é bastante variada, estando ligada à causa genética, menarca precoce, menopausa tardia, primeira gestação a termo depois de 34 anos, obesidade, sedentarismo, ingestão alcoólica excessiva e terapia de reposição hormonal por mais de 5 anos. No sexo masculino este tipo de câncer é representado como uma doença rara, que acomete apenas 1% da população masculina (BUZARD; MALUF; LIMA, 2015).

É importante considerar que após a retirada da mama, procedimento chamado de mastectomia, existe uma grande vantagem de um programa de fisioterapia, refletindo uma abordagem eficiente para a manutenção da qualidade de vida dessas pacientes (SANTOS; CIPOLLA; OLIVEIRA, 2010). As condutas fisioterapêuticas visam trabalhar a analgesia, diminuir edema, espasmos, prevenir fibroses, encurtamento, fadiga muscular, cicatriz aderida, aderência da parede torácica e também a prevenção de alterações posturais causadas pelo comprometimento biomecânico do ombro (PETITO *et al.*, 2012).

Nessa perspectiva, a Fisioterapia pode promover a integração do lado operado ao resto do corpo e o retorno das atividades da vida diária, ocorrendo assim a aceitação do seu corpo, retorno das atividades e a prevenção de outras complicações (SANTOS; CIPOLLA; OLIVEIRA, 2010).

No entanto, no Brasil, nem todas as mulheres que foram submetidas a mastectomia tem a possibilidade de acompanhamento fisioterapêutico nos serviços públicos de saúde. Além disso, quando os serviços oferecem um tipo de acompanhamento nesse seguimento, as características socioeconômicas da população atendida nessas instituições constituem fator limitante para o seu comparecimento às sessões ambulatoriais (SANTOS; CIPOLLA; OLIVEIRA, 2010).

Portanto, o objetivo principal deste estudo é estruturar estratégias para desenvolver um vídeo educativo para pacientes realizarem exercícios fisioterapêuticos pós-mastectomia, e especificamente elucidar todas

as etapas para construção do vídeo, demonstrar atividades domiciliares funcionais para que pacientes pós-mastectomia tenham uma melhor qualidade de vida.

METODOLOGIA

Trata-se de um projeto de intervenção para construir um vídeo educativo sobre os exercícios fisioterapêuticos para pacientes mastectomizadas. Esse vídeo será exposto em um Ambulatório de Mastologia do Departamento de Ginecologia de um Hospital de Grande Porte de Fortaleza - CE.

Salienta-se que esse vídeo terá um tempo de duração de 5min e irá fornecer informações de um programa de exercícios testado previamente por fisioterapeutas e será constituído por uma série de nove exercícios, com 10 repetições cada um, no intuito que essas mulheres levem para casa, por meio de repasse do vídeo pelo WhatsApp, após orientação durante a internação, com reorientações nos retornos ambulatoriais.

Esse vídeo será executado por três fisioterapeutas, em que duas delas serão responsáveis pela filmagem dele por meio da câmera profissional, que será alugada para essa finalidade.

ETAPAS DO PROJETO

Conteúdos a serem explorados no vídeo

O Ministério da Saúde refere que a prática de exercícios físicos após a cirurgia ajuda a restabelecer os movimentos e a recuperar a força no braço e no ombro. Auxilia, também, na diminuição da dor e da rigidez nas costas e no pescoço. Os exercícios devem ser cuidadosamente programados e devem ser iniciados tão logo o médico autorize, o que costuma ocorrer um ou dois dias após a cirurgia. Inicialmente, os exercícios devem ser leves e podem ser feitos na cama (BRASIL, 2018).

Levando em consideração essa recomendação, todas as pacientes serão orientadas a iniciar os exercícios ainda no 1º dia de pós-operatório (PO), ainda com a presença do dreno de aspiração contínua, em que o vídeo trará os benefícios de sua realização e como proceder. As reavaliações ocorrerão no 10º, 30º, 45º, 90º e 180º PO. Todas as orientações, bem como as avaliações da realização dos exercícios e da adesão, serão realizadas pelo mesmo instrutor.

Dessa forma, no primeiro e segundo dias em casa o vídeo trará o posicionamento das pacientes, em que serão orientadas a manter o braço 20cm afastado do corpo e a mão, punho e cotovelo do lado operado apoiados sobre um travesseiro, de modo a ficarem mais altos que o ombro para evitar inchaço e diminuir a tensão. Elas iniciarão os movimentos suaves de dedos, punho, cotovelo e ombro. No início do vídeo elas serão estimuladas a realizar 10 séries em cada articulação, 3 vezes ao dia.

Segundo Claro Júnior *et al.* (2013) muitas técnicas de reconstrução mamária vêm sendo desenvolvidas

ao longo dos anos e suas indicações, muitas vezes, são baseadas em fatores relacionados à sequela da mastectomia, às características físicas das pacientes, ao prognóstico do câncer de mama, à qualificação da equipe médica e aos recursos institucionais disponíveis. Para Farouk *et al.* (2015) a escolha das técnicas oncoplásticas depende da obtenção de margens de segurança livres, do volume mamário e seu grau ptótico.

Em uma pesquisa realizada na Universidade Federal de São Paulo mostrou que a implementação de um programa de exercícios para mulheres mastectomizadas trouxe benefícios direto para suas atividades de vida diária e diminuição da dor do ombro. No entanto, seus resultados alertam para o fato de que a partir do 45º PO, houve diminuição gradativa da porcentagem de pacientes que referiam realizar os exercícios em pelo menos cinco dias na semana, chegando a 54,5% na última avaliação (PETITO *et al.*, 2012). Esse fato pode ser explicado devido à sensação de melhora gradativa e diminuir a percepção de necessidade da realização de exercícios. Além disso, a característica do programa também é determinante de sua prática, visto que atividades moderadas estão associadas a menores níveis de desistências quando comparadas a atividades intensas (NASCIMENTO *et al.*, 2012).

Em outra pesquisa foi possível identificar uma redução expressiva do edema após um Programa de Fisioterapia em mulheres mastectomizadas. Esse programa foi desenvolvido por meio de um protocolo de tratamento com duração de 2 semanas, 5 vezes na semana,

totalizando 10 sessões (DO; JEON; KIM, 2017).

Em continuidade ao vídeo, as mulheres também serão esclarecidas sobre os movimentos de respiração e expansão torácica. Segundo Buzaid, Maluf e Lima (2015) é necessário e saudável praticar respiração profunda para aumentar a movimentação do tórax, ajudar no relaxamento e na redução de tensões do corpo e mente.

A Reabilitação Física, realizada através da Fisioterapia, desempenha um papel fundamental em pacientes nesta nova etapa da vida da paciente mastectomizada. Justamente por representar um conjunto de possibilidades terapêuticas físicas suscetíveis de intervir desde a mais precoce recuperação funcional da cintura escapular e membro superior até a profilaxia de sequelas como retração e aderência cicatricial, como fibrose e linfedema (PETRY *et al.*, 2016).

Dessa maneira, o vídeo irá orientar essas mulheres a deitarem de costas, respirando normalmente três vezes, enchendo os pulmões com o máximo de ar que puder e segurando o ar por alguns segundos e relaxando em seguida e, por fim, irão repetir esse movimento cinco vezes ao dia. O vídeo, então, mostrará os exercícios que essas mulheres devem fazer somente com os braços, deixando o restante do corpo relaxado em que serão estimuladas a respirar profundamente e quando sentir algum desconforto, relaxar um pouco antes de continuar os movimentos. Serão orientadas para realizar os exercícios diante de um espelho, pelo menos duas vezes ao dia e aos poucos. Posteriormente, no quinto ou sexto PO poderão aumentar o número de repetições,

começando por 10 até chegar ao máximo de 20 vezes. Nesses exercícios elas deverão ficar em pé, procurando deixar a cabeça reta, os braços soltos ao lado do corpo, separando os pés um pouco e procurando deixá-los um ao lado do outro, não esquecendo de deixar as costas retas, alinhadas e relaxadas, encostando a nuca e as nádegas na parede.

No oitavo dia em diante o vídeo mostrará os movimentos que elas poderão realizar em pé. Será mostrado a elas 11 movimentos que serão realizados no decorrer dos dias, em que serão orientadas a ficar em pé próximo à parede, mas não muito perto dela, posteriormente irão tocar a parede com os dedos do lado operado e subindo três vezes, com movimento dos dedos, lentamente, até o ponto máximo que conseguir, conte até 10 e abaixe o braço. Serão orientadas a ficar em pé em frente à parede, mas não muito perto dela, com os dedos deverão tocar a parede do lado operado e vá subindo três vezes, com movimento dos dedos, lentamente, até o ponto máximo que conseguir, conte até 10 e abaixe o braço. Ainda em pé, serão orientadas a colocar o braço do lado operado voltado para a parede e subindo com os dedos até o ponto máximo que ela conseguir, conte até 10, e coloque o braço no ombro contralateral, descanse.

Enfim, deverão colocar o braço nas costas e manter-se reta, dobre o cotovelo, levando a mão para cima e para baixo, elevando os braços estendidos lateralmente até a altura dos ombros e com a palma das mãos para cima, deverão dobrar os cotovelos tentando colocar as mãos na nuca, elevando o braço lateralmente com a

palma da mão para baixo e tentando alcançar o ombro do lado oposto, mantendo o cotovelo na altura do nariz. Todos esses movimentos serão mostrados no vídeo de forma concisa para melhor entendimento.

Dessa maneira, o vídeo irá estimular as mulheres pós-mastectomia a iniciar os exercícios o mais precocemente possível em seu domicílio. Cinar e Colaboradores (2013), em estudo investigativo sobre os efeitos do programa de início precoce de reabilitação da mobilidade do ombro e capacidade funcional, linfedema e complicações no pós-operatório de mastectomia radical, observaram que nas 27 mulheres submetidas a um Programa de Reabilitação Individual houve melhora na mobilidade e na capacidade funcional quando comparadas as 30 pacientes que seguiram um formulário com exercícios para serem executados em casa.

Resultados Esperados

No pós-operatório de mastectomia considera-se a Fisioterapia essencial na recuperação dessas pacientes, mas tudo isso levando em conta e respeitando o corpo dessas mulheres, em que o fisioterapeuta precisa também ser especializado na área de oncologia, fazer uma boa avaliação estando sempre bastante atento às mudanças e evoluções do caso, é importante ainda ressaltar que a paciente pós-mastectomia, muitas vezes desenvolvem baixa autoestima por conta da retirada da mama, algo tão íntimo seu e, neste caso, não se exclui a inclusão de acompanhamento psicológico para auxiliar no trata-

mento, tudo isso com objetivo final de fazer com que a paciente, volte a uma vida normal sem grandes sequelas (DO; JEON; KIM, 2017).

Por conta dessa possibilidade de alterações psicológicas e outras alterações no decorrer dos cuidados domiciliares, o vídeo também irá elucidar a importância do retorno médico e reavaliação do fisioterapeuta.

Espera-se que esse projeto de intervenção facilite o desenvolvimento do vídeo, o qual terá a exposição de como desenvolver exercícios simples no próprio domicílio dessas pacientes e, posteriormente, propagado para elas por meio de mensagem em seus celulares.

No entanto, é cada vez mais necessário que não só os fisioterapeutas, mas toda a equipe multidisciplinar de saúde atue no sentido de incentivar as mulheres realizar a continuidade do tratamento pós-mastectomia, uma vez que quanto mais esforços sejam desenvolvidos para estimular a adaptação à sua nova realidade mais elas terão possibilidades de melhorias em sua qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer José de Alencar Gomes da Silva. **Controle do Câncer de mama**: Documento do consenso. Rio de Janeiro: INCA, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer José de Alencar Gomes da Silva. **Estimativa 2016, 2017 e 2018**: Incidência do câncer de mama no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2018.

BUZUID, A. C.; MALUF, F. C.; LIMA, C. M. R. **Manual de oncologia clínica do Brasil**. 11. ed. São Paulo: Dentrix, 2015.

CINAR, N. *et al.* The effectiveness of early rehabilitation in patients with modified radical mastectomy. **Cancer Nurs**, v. 31, n. 2, p. 160-65, mar-abr. 2013.

CLARO, F. JR., Complicações em reconstrução mamária total em pacientes mastectomizadas por câncer de mama: análise comparativa de longo prazo quanto à influência de técnica, tempo de cirurgia, momento da reconstrução e tratamento adjuvante. **Rev. Bras. Cir. Plást.**, São Paulo, v. 28, n. 1, jan-mar. 2013.

DO, J.; JEON, J. KIM, W. The effects of bandaging with an additional pad and taping on secondary arm lymphedema in a patient after mastectomy. **J. Phys Ther Sci.**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 7, p. 1272-275, mai. 2017.

FAROUK, O. *et al.* The outcome of oncoplastic techniques in defect reconstruction after resection of central breast tumors. **World Journal of Surgical Oncology**, v. 13, n. 2, p. 285-90, set. 2015.

NASCIMENTO, S. L. *et al.* Complicações e condutas fisioterapêuticas após cirurgia por câncer de mama: estudo retrospectivo. **Fisioter Pesq.**, São Paulo, v. 19, n. 3, p. 248-55, mai. 2012.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Câncer de mama é a segunda principal causa de morte entre mulheres nas Américas; diagnóstico precoce e tratamento podem salvar vidas.** Brasília, 2017. Disponível em: <http://www.paho.org/bra/index>. Acesso em: 21 mai. 2019.

PETITO, E. L. *et al.* Elaboração e validação de um programa de exercícios para mulheres submetidas à cirurgia oncológica de mama. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 19, mai. 2012.

PETRY, D. M. *et al.* Efeitos da intervenção fisioterapêutica na amplitude de movimento do ombro e no mapa termográfico de idosas submetidas à cirurgia para tratamento de câncer de mama. **Acta Fisiatr.**, São Paulo, v. 23, n. 4, p. 10-85, mai. 2016.

SANTOS, D. A.; CIPOLLA, L. V.; OLIVEIRA, M. M. F. Atuação da fisioterapia no tratamento do linfedema após câncer de mama. **Ensaio e Ciência: Ciências Biológicas, Agrárias e da Saúde**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 177-86, mai. 2010.

TREINAMENTO DE CUIDADORES DE PACIENTES COM DOENÇA DE ALZHEIMER: REFLEXÕES SOBRE A IMPORTÂNCIA DO LETRAMENTO EM SAÚDE E DO LETRAMENTO NUTRICIONAL

Maria Ricarte Guedes

Helena Alves de Carvalho Sampaio

INTRODUÇÃO

O presente capítulo traz uma reflexão sobre a importância dos fundamentos do letramento em saúde e do letramento nutricional para o planejamento, execução e avaliação de programas de treinamento para cuidadores de pacientes com doença de Alzheimer (DA).

A ideia surgiu a partir da trajetória profissional de uma das autoras no trato com o idoso, especificamente no campo do atendimento nutricional. O envelhecimento do indivíduo é um processo irreversível e natural, acompanhado por perdas progressivas de funções e de papéis sociais (CAMARANO; KANSO, 2013). De acordo com Ramos e Alvarez (2010) e Hagemeyer e Rezende (2013) o envelhecimento se associa ao estado nutricional e à alimentação, devido às alterações fisiológicas,

gastrintestinais, hormonais, sensoriais e musculoesqueléticas, as quais podem ser agravadas pela presença de doenças crônicas e condições socioeconômicas e familiares adversas.

O idoso é todo indivíduo com 60 ou mais anos de idade, como exposto na Lei nº 8.842, a Política Nacional do Idoso, de 04 de janeiro de 1994, regulamentada pelo Decreto nº 1.948, de 03 de julho de 1996 (BRASIL, 1994), e consta também no Estatuto do Idoso, através da Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003 (BRASIL, 2003).

Com o envelhecimento, há um aumento do número de pessoas acometidas por demência em geral, e, particularmente, pela doença de Alzheimer (DA), considerada sua forma mais comum em países ocidentais (MACHADO, 2013), representando mais de 50% dos casos de demência (NITZCHE; MORAES; TAVARES JÚNIOR, 2015).

De acordo com o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Ministério da Saúde, a Doença de Alzheimer é um transtorno neurodegenerativo progressivo e fatal, que se manifesta por deterioração cognitiva e da memória, ocorrendo comprometimento progressivo das atividades de vida diária e uma variedade de sintomas neuropsiquiátricos e de alterações comportamentais (BRASIL, 2017). A DA se instala, em geral, de modo insidioso e se desenvolve lenta e continuamente por vários anos. Devido ao declínio funcional progressivo e a perda da autonomia, o idoso chega a uma dependência total de outras pessoas (MACHADO, 2013).

Com a evolução da DA, surge a necessidade do cuidador, que assume todo o cuidado e apoio ao paciente

(VALIM, 2010). Em geral, tais cuidadores são mulheres, residem no mesmo domicílio que o idoso, são filhas ou cônjuges, possuem baixa escolaridade e realizam as atividades diárias voluntariamente (LEME, 2011). Na lista de cuidados necessários, destaca-se a atenção nutricional, pois com a maior dependência, o indivíduo vai perdendo a capacidade de alimentar-se sozinho (VALIM, 2010), aí se incluindo a capacidade para selecionar, preparar e ingerir alimentos em qualidade e quantidade adequadas.

Nessa perspectiva, o cuidador necessita ser orientado adequadamente por todos os profissionais envolvidos com o idoso, como médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos e nutricionistas.

A necessidade de orientar o cuidador reporta ao conceito de letramento em saúde (LS) e, no campo da nutrição, ao conceito de letramento nutricional (LN). O LS é a capacidade das pessoas para acessar, compreender, avaliar e aplicar informação em saúde, além de utilizar os serviços de saúde, fazendo julgamentos e tomando decisões relativas à promoção da saúde e prevenção e cuidado de doenças (SORENSEN *et al.*, 2012). Já o conceito de LN refere-se ao mesmo processo de acesso e compreensão da informação, só que no campo da nutrição, com motivação e encorajamento para pôr em prática informações referentes às escolhas alimentares (SILK *et al.*, 2008; BLOCK *et al.*, 2011).

Nesse contexto, ressalta-se a importância de se realizar treinamento de cuidadores que seja apoiado nos fundamentos do letramento em saúde e do letra-

mento nutricional, a fim de obter o devido empoderamento desses cuidadores, viabilizando a associação da teoria à prática.

A seguir, será apresentado um relato sobre a experiência de uma das autoras na realização de cursos de treinamento para cuidadores de pacientes com DA.

TREINAMENTO DE CUIDADORES DE PACIENTES COM DOENÇA DE ALZHEIMER – RELATO DE EXPERIÊNCIA

A experiência que será aqui relatada refere-se ao treinamento para cuidadores e familiares de pacientes idosos portadores de demência, realizado no Centro de Atenção ao Idoso (CAI) do Hospital Universitário Walter Cantídio (HUWC).

O Complexo Hospitalar da Universidade Federal do Ceará (UFC) é formado pelo HUWC e pela Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC). Ambos os hospitais são instituições de ensino públicas e federais, que têm a missão de “promover o ensino, a pesquisa e a assistência terciária à saúde, atuando de forma integrada e como suporte aos demais níveis de atenção do modelo de saúde vigente” (REBRATS, 2019).

O HUWC /UFC é um hospital de referência para a formação de recursos humanos e para o desenvolvimento de pesquisas na área da saúde, bem como desempenha importante papel na assistência à saúde do Estado do Ceará, estando integrado ao Sistema Único de Saúde (SUS). Reportando para o ensino, funciona

como campo de estágio para os alunos de graduação e pós-graduação dos cursos de Medicina, Enfermagem e Farmácia da UFC, da mesma forma que recebe os alunos da área da saúde de outras universidades do Estado e de fora dele (REBRATS, 2019).

Dentre os ambulatórios existentes no HUWC, encontra-se o Ambulatório de Geriatria, como parte integrante do Centro de Atenção ao Idoso. Este foi criado há 17 anos, com a proposta de oferecer suporte diferenciado aos pacientes acima de 60 anos (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, 2017).

O Serviço de Geriatria do HUWC é referência no tratamento em doença de Alzheimer. O ambulatório de geriatria do CAI é dividido em dois segmentos: Ambulatório de Geriatria, destinado a idosos sem diagnóstico de demência, e Ambulatório de Demência. Anualmente, são atendidos 6.790 idosos. Deste total, 3.707 são pacientes com DA e 3083 são pacientes de geriatria em geral (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, 2018). No CAI o idoso tem atendimento multidisciplinar. Para o atendimento desta demanda, o centro conta com: 5 médicos geriatras, 3 clínicos, 4 residentes médicos em Geriatria, 1 psicólogo, 2 enfermeiros, 1 nutricionista, 1 assistente social, 4 auxiliares de enfermagem, 5 técnicos de enfermagem e 1 assistente administrativo.

O CAI é suporte para os idosos e para a família desses pacientes. O Serviço Social do Centro reúne, na terceira quarta-feira de cada mês, um grupo de apoio aos familiares e cuidadores para orientações sobre como acompanhar os idosos.

Ressalta-se que a primeira turma do Treinamento para Cuidadores e Familiares de Pacientes Idosos Portadores de Demência teve início em junho de 2005. A ideia surgiu a partir das necessidades dos cuidadores, diante das dificuldades referidas por eles nos atendimentos ambulatoriais e grupais. Na época, a equipe era integrada por médico, enfermeiro, nutricionista, fonoaudiólogo, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional e psicólogo.

Desde 2005, o Centro de Atenção ao Idoso, em parceria com o Instituto de Geriatria e Gerontologia do Ceará (IGC), oferece, semestralmente, o Treinamento para Cuidadores e Familiares de Pacientes Idosos Portadores de Demência. Os encontros acontecem em dois sábados seguidos, em dois meses do ano, um no primeiro semestre e o outro no segundo semestre, não sendo fixo o mês de realização. Os treinamentos têm duração de 16 horas. O treinamento faz parte do cronograma de atividades do Projeto de Extensão de Apoio aos Cuidadores e Familiares de Idosos Portadores da Demência de Alzheimer, da Universidade Federal do Ceará. A divulgação da oferta de novas turmas acontece através do *site* do HUWC e no próprio ambulatório de Geriatria. É permitido participar do treinamento, mesmo que já tenha participação anterior.

Basicamente, os temas abordados no treinamento são:

- a) Manifestações clínicas das demências, com ênfase na Doença de Alzheimer;
- b) Direitos do idoso;
- c) Cuidados com medicamentos;

- d) Orientações gerais dos cuidados em enfermagem;
- e) Alimentação do idoso;
- f) Disfagia no idoso;
- g) Saúde bucal do idoso;
- h) Terapia Ocupacional;
- i) Fisioterapia na Doença de Alzheimer;
- j) Cuidando do cuidador.

A equipe de profissionais que ministram as aulas é integrada por médicos professores da UFC e pelos profissionais do Ambulatório de Geriatria. Não há um modelo único de estratégia educativa. Cada profissional prepara seu próprio conteúdo seleciona a estratégia metodológica preferida.

Na abordagem nutricional, a qual foi elaborada e ministrada por uma das autoras deste relato, pode-se perceber que é grande o interesse por assuntos relacionados à alimentação dos idosos. A experiência da autora refere-se aos treinamentos semestrais realizados no período de 2005 a 2015. As turmas eram formadas por 30-40 participantes e o conteúdo era ministrado em 1,5 a 2 horas. Foi utilizada a exposição oral, dialogada e discussões em grupo, com apoio de *slides* e vídeo de curta duração sobre disfagia e dieta enteral. Os conteúdos estudados também foram entregues de forma impressa. Nas discussões, os cuidadores discutiam experiências vivenciadas por eles, mas, mesmo assim, eles consideraram o tempo curto, face às dificuldades enfrentadas no dia a dia.

A seguir são elencados os temas discutidos quanto à nutrição:

- a) Fatores que influenciam no estado nutricional do idoso; Fatores patológicos (doenças: psiquiátricas, digestivas, neurológicas, neoplasia); Doenças crônicas degenerativas; Fatores psicológicos/culturais e Fatores socioeconômicos; Alterações fisiológicas; Medicamentos; Influência social e familiar;
- b) Alimentos e sua classificação (grupos de alimentos);
- c) Alimentação saudável; Pirâmide Alimentar modificada para pessoas acima de 70 anos;
- d) Passos para uma alimentação saudável do Idoso: Manual para profissionais de saúde;
- e) Disfagia do idoso;
- f) Estratégias alimentares;
- g) Nutrição enteral (tipos de preparações, tipos de administração, equipamentos e utensílios usados, e cuidados no preparo e na administração).

Como não havia a exigência de uma escolaridade mínima como prerequisite para participar dos treinamentos, procurava-se utilizar uma linguagem mais simples e de fácil entendimento pelos participantes, mas na prática observou-se que muitos não tinham desempenho satisfatório, pela dificuldade em ler e, às vezes, liam e não entendiam a linguagem adotada pelo profissional.

Esta experiência, analisada sob a ótica do letramento em saúde, apresenta falhas, à época não identifi-

cadadas, pois as discussões sobre letramento em saúde no Brasil surgiram, principalmente, a partir de 2009, quando foi constatado baixo letramento em saúde em um grupo de pacientes atendidos pelo SUS, principalmente entre os idosos (CARTHERY-GOULART *et al.* 2009). Na perspectiva do letramento nutricional as falhas podem ser ainda maiores, pois é um tópico ainda não presente nas agendas de discussão em educação em saúde.

Na próxima seção serão discutidos os potenciais impactos favoráveis ao se aplicar os fundamentos do letramento em saúde e nutricional no planejamento, execução e avaliação de programas de educação em saúde.

LETRAMENTO EM SAÚDE, LETRAMENTO NUTRICIONAL E PERSPECTIVAS PARA UM CUIDADO LETRADO EM SAÚDE

Estudar o LS e o LN, na intenção de facilitar a relação do cuidador com o idoso com DA, pode auxiliar na elaboração de estratégias na área da nutrição, melhorando as habilidades para o cuidado, de modo que contribua para a saúde deste grupo etário, visto que a família e os cuidadores constituem o principal suporte de apoio.

Muitos trabalhos sobre LS surgiram no Brasil a partir de 2009, a maioria focando diagnóstico dele em diferentes grupos populacionais. Em se tratando de Fortaleza, Sampaio *et al.* (2012) avaliaram o letramento em saúde e o letramento nutricional de usuários do SUS da cidade de Fortaleza, englobando aqueles atendidos

na atenção básica e aqueles atendidos no HUWC e na MEAC. Embora não tenham sido avaliados idosos, os autores verificaram proporção de 58% de baixo LS entre os pacientes atendidos nos dois hospitais citados. Como esses autores utilizaram três instrumentos de aferição, um específico para LS, um que pode ser utilizado para aferir LS e LN e outro específico para LN, foi possível constatar que, no que tange ao LN, o desempenho variou com o tipo de instrumento, com proporção de 90% de LN adequado ou de 71,8%. Esta diferença prendeu-se ao fato de que um dos instrumentos demandava apenas habilidade de compreensão leitora, enquanto o outro implicava na realização de cálculos matemáticos simples.

Os achados de Sampaio *et al.* (2012) despertam para a necessidade de direcionamento das ações face a esta realidade, pois no campo da nutrição muitas das condutas a serem adotadas por pacientes e/ou cuidadores, dependem de uma compreensão também numérica. Para citar um exemplo, é o caso de entender tamanhos de porções alimentares e equivalentes de substituição, tema que é focado no treinamento.

Portanto, a partir desta reflexão, deve-se modificar a estratégia de treinamento, pressupondo que o grupo-alvo possui limitada capacidade de entendimento. Partindo-se deste pressuposto, é possível adequar conteúdos e estratégias metodológicas de acordo com os princípios do LS e do LN.

Os fundamentos iniciam-se já com o número de mensagens que se pretende discutir a cada encontro. Em geral, não se deve tentar focar mais do que 3 a

5 tópicos. Por mais importantes que eles sejam, excesso de mensagens não será captado. A equipe necessita se reunir e, em caso de impossibilidade de ampliação da duração do treinamento, será necessário fazer uma seleção dos tópicos que realmente não podem ser postergados. Ainda dentro das orientações fundamentadas no LS, tem sido recomendada a realização de encontros prévios com o público-alvo, a fim de nortear a seleção de temas específicos de interesse dele.

Decididos quais os tópicos a incluir, vem a preocupação com o desenvolvimento do conteúdo, com a estratégia metodológica e com a seleção e utilização dos recursos audiovisuais. Há muitas publicações que enfocam este tema, havendo uma compilação recente em um livro organizado por Passamai, Sampaio e Henriques (2019). Neste livro, Vasconcelos, Parente e Sampaio (2019) escreveram um capítulo diretamente ligado à comunicação oral, escrita e digital, segundo os fundamentos do LS. Eles aplicam-se à produção em LN. Há diretrizes para tamanho de letra, tamanho de frases, tempo verbal etc. Nelas destacam-se que conteúdos devem ser desenvolvidos, considerando que a população-alvo tem cinco a seis anos de estudo, como forma mínima de garantir o acesso à informação dada. As diretrizes citadas tornam possível escrever conteúdos de mais fácil compreensão e desenvolver recursos, como vídeos e aplicativos, também mais adequados.

Os treinamentos necessitam ser avaliados pelo público-alvo de forma ampla e específica, a fim de permitir sua reformulação, caso necessária.

Enfim, a equipe de saúde deve dedicar um tempo para discutir o treinamento a ser dado. Não com base naquilo que cada área vê como importante, mas analisando o conjunto de necessidades dos cuidadores. O planejamento, execução e avaliação ultrapassam a questão do conteúdo técnico e passam muito mais pela necessidade de garantir o acesso, a compreensão e a operacionalização deste conteúdo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O treinamento para cuidadores e familiares de idosos com DA é importante e necessário. Mesmo que não se atenda aos fundamentos do LS e do LN, sempre haverá um ganho de conhecimento, com potencial de aplicação no dia a dia. A questão é que, ao se considerar tais fundamentos, o cuidado terá melhores resultados.

Esta reflexão foi realizada após os treinamentos realizados ao longo de um tempo em que esta temática não era discutida. Olhando para trás e vendo os tópicos de Nutrição incluídos no treinamento, eles parecem extensos em número e conteúdo. Cada tópico citado é bastante amplo e complexo e, per se, demandaria talvez mais do que as duas horas disponíveis. Agora é utilizar esses novos conhecimentos, arregaçar as mangas, sensibilizar a equipe e começar a trabalhar nesses conteúdos à luz do LS e do LN. Partir do cuidado em saúde para o cuidado letrado em saúde.

REFERÊNCIAS

BLOCK, L. G. *et al.* From nutrients to nurturance: A conceptual introduction to food wellbeing. **Journal of Public Policy & Marketing**, v. 30, p. 5-13, 2011.

BRASIL. Lei nº 8.842, de 04 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 5 jan. 1994. Seção 1, p. 446. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8842.htm. Acesso em: 25 jun. 2019.

BRASIL. Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o estatuto do idoso e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 3 out. 2003. Seção 1, p. 176. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/l10.741.htm. Acesso em: 25 jun. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria conjunta nº 13, de 28 novembro de 2017. Aprova o protocolo clínico e diretrizes terapêuticas da doença de Alzheimer. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 29 nov. 2017. Seção 1, p. 93. Disponível em: http://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/867171/do1-2017-12-08-portaria-conjunta-n-13-de-28-de-novembro-de-2017-867167. Acesso em: 05 jun. 2019.

CAMARANO, A. A.; KANSO, S. Envelhecimento da população Brasileira: uma contribuição demográfica. In: FREITAS, E. V.; PY, L. (Orgs.). **Tratado de geriatria e gerontologia**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013. cap. 5, p. 133-152.

CARTHERY-GOULART, M. T. *et al.* Performance of a Brazilian population on the test of functional health literacy in adults. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 4, p. 631-8, 2009.

GARCIA, Y. G. Epidemiologia do envelhecimento. In: JACOB FILHO, W.; KIKICHI, E. L. **Geriatria e gerontologia básicas**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011. cap. 1, p. 3-9.

HAGEMEYER, V.; REZENDE, C. H. A. Nutrição e envelhecimento. In: FREITAS, E. V.; PY, L. (Orgs.). **Tratado de geriatria e gerontologia**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013. cap. 91, p. 1459-1477.

LEME, J. B. *et al.* Grupo de apoio a cuidadores familiares de idosos: uma experiência bem-sucedida. **Cienc. Cuid. Saúde**, Maringá, v. 10, n. 4, p. 739-745, dez. 2010.

MACHADO, J. C. Doença de Alzheimer. In: FREITAS, E. V.; PY, L. (Orgs.). **Tratado de geriatria e gerontologia**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013. cap. 15, p. 288-318.

NITZSCHE, B. O.; MORAES, H. P.; TAVARES JUNIOR, A. R. Doença de Alzheimer: novas diretrizes para o diagnóstico. **Rev. Med Minas Gerais**, Belo Horizonte, v. 25, n. 2, p. 237-243, fev. 2015.

PASSAMAI, M. P. B.; SAMPAIO, H. A. C.; HENRIQUES, E. M. V. **Letramento funcional em saúde**: as habilidades do usuário e o Sistema Único de Saúde. Curitiba: CRV, 2019.

RAMOS, S. C.; ALVAREZ, T. S. Recomendações e necessidades diárias. In: MAGNONI, D.; CUKIER, C.; OLIVEIRA, P. A. **Nutrição na terceira idade**. 2. ed. São Paulo: Sarvier, 2010. cap. 4, p. 37-46.

REDE BRASILEIRA DE AVALIAÇÃO DE TECNOLOGIAS EM SAÚDE. **Hospital universitário Walter Cantídio**. Brasília: REBRATS, 2019. Disponível em: <http://rebrats.saude.gov.br/membros-cat/234-hospital-universitario-walter-cantidio-universidade-federal-do-ceara>. Acesso em: 20 jun. 2019.

SAMPAIO, H. A. C. *et al.* **PLANO ALFANUTRI**: um novo paradigma, a alfabetização nutricional, para promoção da alimentação saudável e prática regular de atividade física na prevenção e controle de doenças crônicas. Relatório Final. Fortaleza: Universidade Estadual do Ceará, 2012. Disponível em: http://www.uece.br/nutrindo/index.php/arquivos/doc_view/185-?tmpl=component&format=raw. Acesso em: 05 jul. 2019.

SILK, K. J. *et al.* Increasing nutrition literacy: testing the effectiveness of print, Web Site, and game modalities. **Journal of Nutrition Education and Behavior**, v. 40, n. 1, p. 3-10, 2008.

SORENSEN, K. *et al.* Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. **BMC Public Health**, v. 12, n. 1, p. 80, 2012.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ. **Relatório anual:** Centro de Atenção ao Idoso, período de janeiro a de dezembro de 2018. Fortaleza: HUWC, 2018.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ. **Centro de Atenção ao Idoso completa 15 anos de serviço à população.** Fortaleza: UFC, 2017. Disponível em: http://www2.ebserh.gov.br/web/huwc-ufc/noticias/-/asset_publisher/JYdUOrTtibKl/content/id/2297749/2017-08-centro-de-apoio-ao-idoso-completa-15-anos-de-servico-a-populacao. Acesso em: 20 jun. 2019.

VALIM, M. D. *et al.* A doença de alzheimer na vida do cuidador: um estudo de caso. **Rev. Eletr. Enf.**, v. 12, n. 3, p. 528-534, mar. 2010.

VASCONCELOS, C. M. C. S.; PARENTE, N. A.; SAMPAIO, H. A. C. A relevância da comunicação oral, escrita e digital: usuário-profissional de saúde-SUS. In: PASSAMAI, M. P. B.; SAMPAIO, H. A. C.; HENRIQUES, E. M. V. **Letramento funcional em saúde:** as habilidades do usuário e o Sistema Único de Saúde. Curitiba: CRV, 2019. p. 79-101.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Health promotion glossary.** Geneva: WHO, 1998.

TECNOLOGIAS EDUCATIVAS EXISTENTES PARA CRIANÇAS COM CÂNCER E SEUS CUIDADORES: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

*Samira de Moraes Sousa
Adriano Rodrigues de Souza*

INTRODUÇÃO

O Brasil vem passando por várias transformações em diversas áreas, como: políticas, sociais e econômicas, ocasionando mudanças relevantes no perfil epidemiológico e no crescimento populacional. Diante desse cenário é observado que doenças infecciosas que eram a causa primordial de mortalidade deram lugar às doenças crônicas não transmissíveis (DCNT). Entre as doenças consideradas crônicas no Brasil, encontra-se o câncer (BRINCK, 2017).

Mesmo com todos os avanços científicos e tecnológicos na Medicina, o câncer ainda é uma doença que traz estigma, para profissionais, doente e sua família¹. Sendo que os tumores mais frequentes na infância e na adolescência são as leucemias, os do sistema nervoso central e os linfomas (CARVALHO, 2014).

No Brasil, o câncer infantil, corresponde à segunda causa de óbito em crianças, a estimativa realizada pelo Instituto Nacional de Câncer (INCA), para o Brasil, previu a ocorrência de 12.600 casos novos de câncer em crianças e adolescentes até os 19 anos para o ano de 2016, onde as regiões Sudeste e Nordeste apresentaram os maiores números de casos novos, 6.050 e 2.750, respectivamente, perdendo apenas para mortes por causas externas, como acidentes e violências (BRINCK, 2017; PAIÃO; 2012).

Diante de sua magnitude epidemiológica, social e econômica, o câncer é considerado um dos problemas de saúde pública, mais complexos a ser enfrentado. Segundo o INCA, pelo menos um terço dos casos novos de câncer que ocorre anualmente no mundo deveria ter sido evitado. As causas do câncer ainda são variadas e não totalmente conhecidas, as quais podem ser externas relacionando-se com o meio ambiente, hábitos, costumes, e internas geneticamente predeterminadas, acometendo indivíduos de todas as idades (BRINCK, 2017).

A descoberta do câncer e a confirmação do diagnóstico é capaz de mudar de modo a rotina e o relacionamento entre os membros da família. O impacto do diagnóstico e o tratamento acarreta muita dor e sofrimento, devido ao fato de que a doença é confrontada, constantemente, com a questão da morte, do sentido da vida e de limitações por consequência do tratamento (BRINCK, 2017; COSTA *et al.*, 2018).

Com isso, o cuidado paliativo pediátrico vem caracterizando-se como suporte à assistência ativa e total do corpo, mente e espírito da criança, e a prestação

de apoio à família, inclusive no período do luto. Com o avanço da Medicina, o momento da finitude da criança em cuidados paliativos, frequentemente, acontece no ambiente hospitalar. Tal fato exige dos profissionais conhecimento técnico, científico e emocional, para auxiliar as famílias a enfrentarem esse momento derradeiro da existência (SILVA, BECKER, BOTENED, 2015).

Segundo a Organização Mundial de Saúde - OMS (2009), cuidado paliativo é uma abordagem que aprimora a qualidade de vida do paciente e familiar que enfrentam problemas associados a doenças ameaçadoras da vida, através da prevenção e alívio do sofrimento por meio da identificação precoce, avaliação correta e tratamento da dor e outros problemas de ordem física, psicossocial e espiritual.

Diante disso, as mães são indispensáveis no processo da doença, permanecendo junto ao filho. Para isso, durante toda a internação devem contar com profissionais altamente especializados para realizar os cuidados, procurando desenvolver habilidades e transmitir conhecimentos específicos à família para o cuidado hospitalar e domiciliar da criança, uma vez que sua qualidade de vida está direcionada aos cuidados realizados pelas mães, no domicílio (SCOCHI, 2000; FONSECE, 2014).

Essa orientação ao cuidador proporciona uma maior assistência à criança, já que a mãe ou o cuidador presta cuidados diretos ao paciente acamado, de maneira contínua ou regular e as Tecnologias Educativas em Saúde (TES) são instrumentos de grande importância para a realização do processo educativo em saúde

e para o processo de cuidar. Contribui na reabilitação e reconhecimento de complicações, favorecendo a autonomia do cliente (BORSATO, 2014).

Tendo em vista o crescente número de crianças com sequelas neurológicas e a complexidade do cuidado a essa população, observou-se a fragilidade nas orientações sobre o cuidado de extensão domiciliar às famílias de crianças em cuidados paliativos causados por tumores. Diante desse fato os profissionais de saúde precisam estar aptos para desempenhar o papel de educadores em saúde e, assim, fortalecer as famílias ainda no âmbito hospitalar para os cuidados domiciliares.

Assim, a pesquisa justifica-se partir de experiências em pediatria onde observa-se a escassez de materiais didáticos para instruir e auxiliar na necessidade de orientação das mães sobre os cuidados que deverão ser prestados à criança em processo de finitude, a fim de promover uma série de novas informações para prolongar a saúde da criança, possibilitando uma melhor qualidade de vida e reduzindo a frequência de internações.

Portanto, o presente artigo teve como objetivo analisar a produção científica existente sobre materiais educativos para crianças com câncer e seus cuidadores.

METODOLOGIA

Adotou-se a revisão integrativa da literatura, uma vez que ela colabora para o processo de sistematização e análise dos resultados, contribuindo com a compreensão do tema, a partir de outros estudos independentes.

Para realização deste estudo seguiu-se os seguintes passos contendo seis etapas distintas: 1- estabelecimento de hipótese; 2- busca na literatura; 3- categorização dos estudos; 4- análise dos estudos a serem utilizados; 5- interpretação dos resultados; 6- síntese dos resultados.

A questão que orientou a pesquisa foi: quais materiais educativos foram construídos e validados para a orientação de crianças com doenças crônicas e seus familiares? Os dados foram coletados a partir do levantamento das publicações científicas sobre o tema: “Material educativo para cuidadores de crianças com câncer em cuidados paliativos”.

A estratégia para seleção dos estudos foi através da busca em literaturas disponíveis na base de dados do LILACS (Literatura Latino Americana e do Caribe de Informações em Ciências da Saúde) e SCIELO (Scientific Electronic Library Online) e Google acadêmico, preferencialmente em Português e Inglês.

Para operacionalizar a pesquisa, foram utilizadas buscas isoladas e combinadas aos operadores booleanos de pesquisa “AND”, que seleciona os descritores escolhidos, e a seleção de estudos afins, para a busca foram utilizados os seguintes termos: cartilha educativa, cuidados paliativos, câncer infantil. As palavras-chave utilizadas para a realização da busca foram: criança, oncologia, obtendo um universo de (107) produções bibliográficas. A escolha dessas palavras-chaves ocorreu por estas se relacionarem direta ou indiretamente relacionada com a temática e, assim, enfatizando os que responderam ao objetivo proposto neste estudo a fim de tabular e organizar os dados.

Os critérios foram segmentados em dois critérios de inclusão e exclusão. Foram incluídas todas as categorias de artigos (original, revisão de literatura, relato de experiência etc.) com texto completo e resumo, redigidos no idioma oficial brasileiro Português e Inglês, datados entre os anos de 2008 a 2019. Foram excluídos artigos que não eram redigidos na língua oficial brasileira e em Inglês, incompletos, que não abordavam o tema da revisão e artigos publicados antes do ano de 2008.

Os artigos que atendiam aos critérios acima totalizaram 18 artigos que foram ranqueados e classificados da seguinte maneira após o refinamento: título, tipo de material educativo, título do periódico e ano de publicação.

As informações coletadas com a análise bibliométrica foram organizadas na forma de tabela, para facilitar a compreensão dela. A análise dos resultados foi realizada mediante literatura pertinente, a fim de organizar e tabular os dados.

Foram utilizados, nesta pesquisa, dados de domínio público, poupando qualquer participação de seres humanos. Portanto, não necessitando seguir às especificações da Resolução 466/2012 do Ministério da Saúde, que estabelece as condições para pesquisa com seres humanos, porém elas não foram negligenciadas.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Durante o período da busca e coletas de material bibliográfico, foram encontrados e analisados 19 publi-

cações científicas ligadas ao tema do estudo e, dentro desse contexto, 7 documentos científicos se encaixaram dentro dos critérios de inclusão propostos anteriormente. Entre os sete artigos analisados sobre as tecnologias educativas a maioria deles (5), procederam do Brasil, e dois nos Estados Unidos da América. Quanto aos anos de publicação dos estudos, identificam-se um no ano de 2018, e os demais foram um por ano. Sendo, respectivamente, dos anos 2010, 2013, 2014 e 2017 e dois no ano de 2012.

A análise dos documentos constatou uma concentração dos estudos na autoria da enfermagem, onde 4 foram produzidos por enfermeiros, 1 por terapeuta ocupacional, 1 por Medicina e 1 não foi possível identificar.

Quanto ao cenário do estudo, 4 foram realizados no hospital durante o período de internação e 3 foram realizados em ambulatório. Porém, 1 estudo foi realizado em hospital, visando ao cuidado no domicílio.

No que diz respeito às tecnologias educativas construídas para orientação em saúde de crianças com câncer e seus familiares foram: cartilha (3), material multimídia (1), manual (1), CD-ROM (2).

Ao analisar os artigos selecionados neste estudo identificou-se que se tratava da construção/validação de matérias existentes destinados a crianças com câncer e seus cuidadores, abordando os cuidados gerais como subsídio sólido para cuidadores. Os textos mostram a importância que as tecnologias educativas têm no cuidado da saúde e na melhoria da qualidade de vida de crianças.

Tabela 1 - Produção científica identificada nas bases de dados

Título do documento	Tipo de material	Ano de publicação
Construção e validação de materiais educativos para criança com doença crônica: uma revisão integrativa	Cartilha	2018
Cartilha educativa para pacientes em cuidados paliativos e seus familiares: estratégias de construção	Cartilha	2017
Validação de material informativo a pacientes em tratamento quimioterápico e a seus familiares	Cartilha	2010
Desenvolvimento e avaliação de um CD-rom educativo interativo para adolescentes com câncer	CD-ROM	2012
Desenvolvimento e avaliação de um CD-rom interativo para crianças com leucemia e suas famílias	CD-ROM	2012
Avaliação do uso do manual educativo para pacientes pediátricos em cuidados paliativos	Manual Educativo	2014
O uso do <i>tablet</i> e seus aplicativos como recurso terapêutico ocupacional com crianças hospitalizadas.	Aplicativo	2013

Legenda: *Produção científica acerca da construção e/ou validação de materiais educativos na educação em saúde de crianças com doenças crônicas e seus familiares, no período de 2008 a 2019.

Fonte: Elaborada pelos autores.

Após analisar os artigos utilizados nesta pesquisa, foram observados que tratavam-se diretamente sobre os diversos tipos de materiais educativos voltados para crianças em cuidados paliativos e seus cuidadores, abordando, sobre o processo de adoecimento, o tratamento e o autocuidado como subsídio para orientação aos cuidadores/familiares na prestação da assistência necessária. Os estudos encontrados enfatizaram o câncer como patologia principal.

Os serviços de saúde utilizam materiais educativos que fazem parte do processo integrante de atenção ao cuidado. Os Manuais instrucionais, cartilhas, CD-ROM, aplicativos e folhetos são instrumentos utilizados com frequência por mostrarem caráter resolutivo quando a resposta esperada é a promoção do maior aprendizado do conteúdo e mudanças no comportamento, bem como nas práticas de cuidado, pois permitem uma maior interação, troca de experiência entre os sujeitos envolvidos e enfrentamento da doença (COSTA, *et al*, 2018).

As criações de tecnologias em saúde facilitam o trabalho dos profissionais de saúde na orientação de pacientes e familiares no processo de tratamento, recuperação e autocuidado, facilitando e uniformizando as orientações a serem realizadas, no cuidado em saúde (COSTA, *et al*, 2018).

Sendo assim, Carvalho (2014) construiu um material acessível, educativo e informativo que funcionou como guia às famílias em seu retorno do hospital para o domicílio. O instrumento foi aplicado e avaliado servindo como ferramenta do processo de enfrentamento do diagnóstico ao tratamento enfrentado por crianças atendidas em um ambulatório de Cuidados Paliativos e seus familiares, onde verificou-se a eficácia do material elaborado.

Nesse sentido, a construção de uma cartilha educativa bem elaborada contém processos básicos e indispensáveis de comunicação, iniciando com a informação sobre os possíveis sinais e sintomas que as crianças podem apresentar durante o período do tratamento,

levando em consideração a existência de fatores psicossociais, espirituais e culturais que podem refletir no tratamento, principalmente o medicamentoso.

Em outra construção de material educativo impresso, foi criado um instrumento no formato de manual que possibilitou melhorar a comunicação entre os profissionais da saúde, pacientes oncológicos e seus familiares, auxiliando no enfrentamento, diagnóstico e tratamento. Esse material serviu de guia às famílias em domicílio e tratou sobre: uso dos quimioterápicos e uso de sonda nasogástrica, alimentação, convívio com amigos, atividades escolares e de lazer, reações diante da tristeza e afastamento da criança, entre outras dificuldades (CARVALHO, 2014).

Na proposta anterior de Carvalho (2014), a prática educativa realizada através de cartilhas e manuais validados e adaptados de acordo com grupos específicos, indispensável para obter resultados em realidades distintas. Dessa forma, realizar a prática educativa, por meio de tecnologias validadas e direcionadas a grupos específicos, torna-se essencial para avaliar resultados. Esse tipo de estratégia repercute na intervenção, com a finalidade da melhoria da assistência prestada a esta população (HERMES, 2018).

Diversas categorias profissionais a utilizam para desenvolver subsídios educativos, onde o grande desafio é devolver a criança ao seu meio habitual da melhor forma possível ao mesmo tempo do tratamento ou do processo de finitude em virtude da doença (COSTA, 2018).

A aprendizagem móvel gera um vasto alcance de possibilidades no campo da tecnologia. Dentre as tecnologias de informática, observa-se a existência de aplicativos de saúde nas principais plataformas disponíveis para *download* que podem ser úteis no campo de educação e informação em saúde, podendo serem acessados de computadores, *smartphones* e de *tablets* (OLIVEIRA, ALENCAR, 2017).

Em um trabalho realizado em uma instituição dedicada ao tratamento de crianças e adolescentes com câncer, em São Paulo - SP, buscou possíveis estratégias para favorecer o desenvolvimento da criança hospitalizada durante o tratamento de reabilitação, utilizando o *tablet* como ferramenta terapêutica educacional, pois ele possui aplicativos e recursos que atendem à demanda de crianças, adolescentes, adultos-jovens e aos profissionais da saúde. Foram apresentados recursos e os aplicativos lúdicos de acordo com as possibilidades de manuseio diante do tratamento de reabilitação oferecido (DUARTE, 2013).

Uma das formas de se obter o envolvimento da criança com o tratamento é utilizando a estratégia do brincar, pois a criança torna-se responsável pela internalização das informações necessárias durante a construção do processo de reabilitação física, cognitiva e sensorial necessárias para o longo processo de finitude. Este tipo de estudo busca promover uma melhora significativa na qualidade de vida e de tratamento dos pacientes pediátricos (DUARTE, 2013).

A metodologia educativa é incorporada no contexto oncológico, levando em consideração o tipo de

tratamento químico realizado, condições físicas, tempo de internação, tempo de tratamento, considerando que o paciente vai necessitar de um método adaptado às suas novas condições e necessidades. Dessa maneira, os aplicativos são tecnologias que geram recursos auditivos e visuais de estimulação, contendo interfaces de construções atraentes. Atuando na eficiência da educação e podendo ser acessados em qualquer lugar.

Outro estudo interativo aconteceu nos Estados Unidos, visando à criação de um CD-ROM com animação, narração, música, vídeos e jogos foram combinados para desenvolver para crianças e adolescentes com câncer, que aproximaram as informações científicas à vida dos pacientes. A multimídia ensinava a pacientes de 12 a 18 anos com tumores sólidos sobre sua doença, tratamento, habilidades de enfrentamento e efeitos tardios em um ambiente interativo.

No entanto, o CD-ROM, atualmente, tem sua tecnologia considerada defasada, visto que os computadores estão mais modernos e não têm mais entrada para esse tipo de mídia.

A comunicação, a informação e a educação em saúde são pilares básicos no processo de finitude da vida e a informação é competência ímpar nesse contexto. Neste sentido, os avanços das tecnologias educativas em saúde são oportunidades de oferecer novos caminhos que facilitem ultrapassar as barreiras da doença, difundido o conhecimento, o avanço das tecnologias educacionais é uma oportunidade de mudança no fazer educativo para uma visão que ofereça múltiplos caminhos, possibilitando vencer essas barreiras (VARELA *et al.*, 2017).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O câncer é uma doença crônica degenerativa que causa diversos transtornos aos pacientes pediátricos e seus familiares, que reflete na vida social, psicológica e espiritual de todos.

Um dado obtido através desta pesquisa é o fato de que as tecnologias educativas voltadas para as práticas de cuidados em saúde crescem e se difundem no meio acadêmico e profissional. A expansão desses recursos é capaz de promover mudanças comportamentais dos pacientes em tratamento, garantindo o máximo de conforto possível durante esses períodos, tal como promover aprendizado ao cuidador. Contudo, mesmo com esses avanços nas pesquisas científicas, percebe-se ainda a escassez de materiais educativos voltados para facilitar o entendimento e o manuseio das crianças com câncer pelos seus cuidadores, principalmente em estágio terminal.

É necessário mais estudo para que se possa evoluir em descobertas sobre ferramentas capazes de causar melhoria da qualidade de vida de crianças com câncer e seus cuidadores, explorando os cuidados básicos a serem realizados em domicílio a fim de evitar internações desnecessárias.

Podemos perceber que é de fundamental importância a ampliação e a estruturação da base teórica e prática sobre como lidar com essa patologia e sua terminalidade, pois certamente é uma das mais importantes doenças no cenário mundial em pediatria, por isso é

uma patologia de grande importância em saúde pública. Sendo assim, é observado uma grande necessidade de se desenvolver estratégias educativas por parte dos profissionais que participam do estágio de finitude de crianças, juntamente com seus familiares.

REFERÊNCIAS

BRICK, M.A. **Ações educativas da equipe de saúde à família da criança com câncer e o cuidado prestado no ecossistema domiciliar: percepções da família.** Dissertação Centro Universitário Franciscano, Santa Maria 2017.

CARVALHO, V. L. S. **Avaliação do material educativo para pacientes pediátricos em cuidados paliativos.** Trabalho de conclusão de curso. UFSC, 2014.

COSTA, C. I. A.; PACHECO, S. T. A.; SOEIRO, G.; ADAME, D.G.; PERES, P. L. P.; BERTOLOSSI, B.; ARAÚJO, M. Construção e validação de materiais educativos para criança com doença crônica: uma revisão integrativa. **Rev enferm.** v. 26, p. 1-7, 2018.

DRAGONE, M. A.; BUSH, P. J.; JONES, J. K.; BEARISON, D. J.; KAMANI, S. Desenvolvimento e avaliação de um CD-ROM interativo para crianças com leucemia e suas famílias. **Paciente Educar Couns.** V. 46, n. 4, p. 297-307, abr. 2002.

DUARTE, J. S. **O uso do tablet e seus aplicativos como recurso terapêutico ocupacional com crianças hospitalizadas.** Brasília, 2013. Trabalho de Conclusão de Curso. Universidade de Brasília Faculdade de Ceilândia. Disponível em: file:///C:/Users/Samira/Desktop/mestrado%20uece%20gestao/Dissertação%20mestrado/artigo%20Salette/tecnologias/2013_JeanineSchuabbDuarte.pdf. Acesso em: 5 jun. 2019.

HERMES, T. S. V. **Educação em saúde para crianças diabéticas por meio de cartilha educativa e abordagem lúdica.** [Dissertação de mestrado]. Cascavel (PR). Universidade Estadual do Paraná, 2018.

JONES, J.K.; KAMANI, S.A.; BUSH, P.J.; HENNESSY, K.A.; MARFATIA, A.; SHAD, A.T. Development and evaluation of an educational interactive CD-ROM for teens with cancer. **Pediatr. Blood Cancer**. 2018; v. 55, n. 3, p. 512-519. Available from: [https:// www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20533523](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20533523). <http://dx.doi.org/>

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C.M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto & Contexto Enferm**. v. 17, n. 4, p. 758-64, 2008.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. (BR), **Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular**. 2. ed. Brasília, DF: Ministério; 2008.

OLIVEIRA, A. R. F.; ALENCAR, M. S. M. O uso de aplicativos de saúde para dispositivos móveis como fontes de informação e educação em saúde. **RDBCI: Rev. Digit. Bibliotecon. Cienc. Inf**. Campinas, v. 15, n. 1, p. 234-245, 2017.

PAIÃO, R. C. N. A atuação da fisioterapia nos cuidados paliativos da criança com câncer. **Ensaios e Ciências Biológicas**. 2012, p.151-169.

SALLES, P. S.; CASTRO, R. C. B. R. Validação de material informativo em pacientes quimioterápicos e aos seus familiares. **Rev. Esc.Enfer. USP**. v. 44, n. 1, p. 182-189, 2009.

SILVA, A. F.; BECKER, H.; MOTTAC, I. M. G.; BOTENED, D.Z.A. Cuidados paliativos em oncologia pediátrica: percepções, saberes e práticas na perspectiva da equipe multiprofissional. **Rev Gaúcha Enferm**. v. 36, n. 2, p. 56-62, 2015.

VARELA, A. I. S.; ROSA, L. M. R.; RADÚNZ, V.; SALUM, N. C.; SOUZA, A. I. J. Cartilha educativa para pacientes em cuidados paliativos e seus familiares: estratégias de construção. **Rev. Enferm. UFPE**. v. 11, n. 7, p. 2955-62, 2017.

CAPÍTULO 22

MONITORAMENTO DA REGULAÇÃO ASSISTENCIAL REALIZADA PELOS GESTORES DE SAÚDE: POLÍTICA, DIRETRIZES E ESTRATÉGIAS

*Samilly Girão de Oliveira
Maria Salete Bessa Jorge*

INTRODUÇÃO

A Constituição Federal de 1988 determinou, em seu Art. 196, que “A saúde é um direito de todos e um dever do Estado...” dando nova forma à saúde no Brasil, estabelecendo-a como um direito universal. A partir de então criou o Sistema Único de Saúde - SUS, através da Lei Orgânica 8.080 de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre a organização e o funcionamento dos serviços de saúde baseada nos princípios e diretrizes: universalização, equidade, integralidade, descentralização, regionalização e hierarquização, e participação social (MARTINS; WACLAWOVSKY, 2015).

A transição epidemiológica, as mudanças nos perfis demográficos, econômicos e sociais no Brasil influenciaram na crescente demanda da população em utilizar

os serviços de saúde (DE SOUZA; SERINOLLI, 2017). Daí, surgiu-se a necessidade de regular os serviços.

O conceito de regulação associa-se aos atos de regulamentar, ordenar, sujeitar e definir regras que atendam às necessidades dos usuários e garantam-lhes a satisfação (PEITER; LANZONI; OLIVEIRA, 2016). A Regulação em Saúde implica na organização da assistência de forma qualificada, por meio de uma rede de serviços, idealmente regionalizada, com atuação direta do Estado, harmonizando e articulando a oferta e a demanda (VILLARINS; SHIMIZUI, GUTIERREZ, 2012).

No Brasil, o sistema de regulação deu início no período de implementação do SUS com as Normas Operacionais Básicas (NOBs), porém as atividades se concentravam no controle e avaliações financeira e contábil (SANTOS; MERHY, 2006). A partir de então iniciou-se a discussão, de forma mais aprofundada, sobre a regulação assistencial, nos meados de 2001, com as Normas Operacionais de Assistência a Saúde (NOAS) – NOAS SUS 01/2001, que responsabiliza os municípios sobre as ações da atenção básica e os estados e a União sobre as ações de média e alta complexidade (ALBUQUERQUE *et al.*, 2013).

Passado esse momento, a regulação ganha destaque através das Diretrizes Operacionais instituídas pelo Pacto pela Saúde, publicado através da Portaria GM/MS nº. 399 de 22 de fevereiro de 2006, que contemplaram áreas prioritárias do SUS. Essas diretrizes reafirmam princípios, consolidam processos como a importância da regionalização e dos instrumentos de planejamento e programação como o Plano Diretor de Regionalização

(PDR), o Plano Diretor de Investimentos (PDI) e a Programação Pactuada e Integrada (PPI) e possibilitam a reorganização dos processos de gestão e de regulação do sistema de saúde no âmbito dos estados, com vistas a melhorar e qualificar o acesso do cidadão às ações e serviços de saúde (BRASIL, 2007).

Após essa trajetória, em 2008 o Ministério da Saúde instituiu a Política Nacional de Regulação através da Portaria GM/MS nº 1.559/2008 de 01/08/2008, que objetiva promover o acesso baseado nos princípios e diretrizes do SUS e contempla três dimensões integradas entre si: regulação de sistemas de saúde; regulação da atenção à saúde; e regulação do acesso à assistência.

Conforme BRASIL (2008) na Portaria Nacional de Regulação do SUS no artigo 2º, item III, a Regulação Assistencial está assim conceituada:

... Regulação do Acesso à Assistência: também denominada regulação do acesso ou regulação assistencial, tem como objetos a organização, o controle, o gerenciamento e a priorização do acesso e dos fluxos assistenciais no âmbito do SUS, e como sujeitos seus respectivos gestores públicos, sendo estabelecida pelo complexo regulador e suas unidades operacionais. Esta dimensão abrange a regulação médica, exercendo autoridade sanitária para a garantia do acesso baseada em protocolos, classificação de risco e demais critérios de priorização (p. 1).

Desse modo, a regulação assistencial tem por objetivo principal promover a equidade do acesso, garantindo a integralidade da assistência e permitindo

ajustar a oferta assistencial disponível às necessidades do cidadão de forma equânime, ordenada, oportuna e racional. Não se caracteriza numa lógica financeira propriamente dita, busca-se a qualidade, o tempo resposta e a satisfação do usuário. E, num contexto de gestão, caracteriza-se como um importante instrumento de gestão, permitindo às suas instâncias estadual, municipal e federal regularem o perfil assistencial mais adequado às necessidades de saúde (SILVEIRA *et al.*, 2018).

Para efetivar o processo de regulação assistencial, foi criado e disponibilizado pelo Ministério da Saúde um sistema de informação chamado de SISREG. É um sistema *web* e *on-line* utilizado para o gerenciamento de todo complexo regulador, através das Centrais de Regulação por meio de módulos que permitem a regulação a consultas, exames, procedimentos de média e alta complexidades e, ainda, a regulação de cirurgias eletivas e internações de urgência. Os complexos reguladores são considerados uma das estratégias de regulação do acesso (BRASIL,2011).

Dentre os conjuntos de instrumentos da regulação assistencial, podem-se citar as centrais de regulação que se configuram com uma forma organizativa de encaminhamento de pacientes de forma a garantir o acesso e monitorar os fluxos assistenciais, e os protocolos clínicos e operacionais. Esses protocolos constituem um importante instrumento de ordenação dos fluxos de encaminhamento, além de contribuir com a gestão do conhecimento e ser determinante na organização das ações de saúde. Segundo Brasil (2011), os protocolos estão assim definidos:

Os Protocolos Clínicos têm como objetivo padronizar o uso de recursos terapêuticos e propedêuticos estratégicos, para otimizar a disponibilidade *versus* demanda as ações e serviços de saúde, otimizar o alto custos das tecnologias utilizadas e para qualificar a assistência prestada. Os Protocolos de Acesso são diretrizes para orientar a solicitação e uso adequados e racionais das tecnologias de apoio, diagnóstico e da rede especializada (p. 23).

Para Albuquerque (2013), a regulação assistencial vai além da utilização de protocolos, normas, uso de tecnologias, sistema de cotas assistenciais ou controle financeiro, pois envolvem articulações no âmbito técnico, político e do cuidado. Interligar todas essas ações, demandam dos gestores conhecimento para tomada de decisão. Ter acesso às informações epidemiológicas, assistenciais e operacionais permite ao gestor identificar as necessidades da população, os recursos disponíveis e as condições de acesso às unidades referenciadas. Todos esses aspectos estão definidos no arcabouço regulatório mais recente da assistência à saúde no SUS (Marcon, Jacobsen e Sabino, 2013).

Este estudo justifica-se pela afinidade do pesquisador com a temática e a experiência profissional, no qual se observa que a diversidade de demandas e a dificuldade de se trabalhar a oferta dos serviços de saúde é considerado um desafio para os gestores de saúde, sendo assim, entende-se que se faz necessário realizar estudos para o desenvolvimento de estratégias que garantam de forma hierarquizada o funcionamento

da rede assistencial, à luz dos princípios doutrinários do SUS: a universalidade, a equidade e a integralidade.

Portanto, partindo do pressuposto de que o gestor de saúde é ator-chave no processo de regulação assistencial, e sabendo que organizar o acesso à população aos serviços de saúde de forma equânime e efetiva, focada nas reais necessidades é fundamental para o planejamento e avaliação das ações de saúde, surgiu o seguinte questionamento: como os gestores de saúde avaliam as políticas, diretrizes e estratégias para o monitoramento da regulação assistencial?

Desse modo, o objetivo deste estudo é analisar como ocorre o monitoramento realizado pelos gestores de saúde relacionados com as políticas, diretrizes e estratégias da regulação assistencial.

METODOLOGIA

Trata-se de estudo de abordagem qualitativa. Adotou-se a Revisão Integrativa (RI) embasada em produções científicas que buscam a compreensão do tema: “Monitoramento da regulação assistencial realizado pelos gestores de saúde”.

A pesquisa qualitativa é fundamentalmente interpretativa, permitindo ao pesquisador fazer uma interpretação dos dados ou tirar conclusões sobre seu significado, além de ver os fenômenos sociais holisticamente (CRESWELL, 2007).

A Revisão Integrativa inclui a análise de pesquisas relevantes que dão suporte para a tomada de decisão e a melhoria da prática clínica permite aprofundar o conhecimento de um determinado tema a partir da seleção de artigos e da síntese sistemática e ordenada dos resultados de pesquisas relacionadas ao tema a ser estudado (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

Para a elaboração desta RI foram pesquisados os pressupostos idealizados por Mendes, Silveira, Galvão (2019), que se dividem em seis etapas: definição da pergunta da revisão; busca e seleção dos estudos primários; extração de dados dos estudos primários; avaliação crítica dos estudos primários; síntese dos resultados da revisão; apresentação da revisão.

Iniciou-se com a escolha do tema utilizando a estratégia PICO, um acrônimo para Paciente, Intervenção, Comparação e “*Outcomes*” (desfecho). A estratégia PICO é utilizada para construir questões de pesquisa de naturezas diversas, oriundas da clínica, do gerenciamento de recursos humanos e materiais, da busca de instrumentos para avaliação de sintomas entre outras.

Uma pergunta de pesquisa bem construída possibilita a definição correta de evidências necessárias para a resolução da questão clínica da pesquisa, maximiza a recuperação de evidências nas bases de dados, focaliza no escopo da pesquisa e evita a realização de buscas desnecessárias (BRASIL, 2014).

Quadro 1 - Estratégia PICO

ESTRATÉGIA PICO	
P	Gestores em Saúde.
I	Políticas, Diretrizes, Estratégias
C	Não se aplica
O	Regulação Assistencial/Monitoramento

Fonte: Elaborado pelas autoras.

A questão norteadora formulada para este estudo foi: como os gestores de saúde avaliam as políticas, diretrizes e estratégias para o monitoramento da regulação assistencial?

A estratégia de identificação e seleção dos estudos se deu na literatura científica no período de junho de 2019, utilizando as seguintes bases de dados nacionais e internacionais: Lilacs (Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde) e Scielo (Scientific Electronic Library Online).

Os critérios de inclusão foram os artigos nacionais e internacionais, publicados em português, inglês ou espanhol, disponíveis na íntegra, que respondessem à questão norteadora, compreendidos no período de 2008 a 2019. Adotou-se esse período temporal, considerando o início da Política Nacional de Regulação. E, como critérios de exclusão, foram descartadas teses, dissertações, monografias, livros, jornais, anais, editoriais, cartas ao leitor e artigos duplicados.

Para a seleção dos artigos, utilizou-se de indexadores contidos nos Descritores em Ciência da Saúde (DeCS), conforme figura abaixo. Realizou-se o cruzamento desses descritores e a busca nas bases de dados e identificou-se 45 artigos.

Figura 1 - Descritores para busca



Fonte: Elaborada pela autora.

Após a constituição da amostra e da seleção dos artigos (n = 45) observou-se que: 8 não eram artigos científicos, 12 eram artigos duplicados, 13 não atendiam ao objeto de estudo. Do material obtido, 12 artigos, procedeu-se a leitura minuciosa de cada resumo/artigo foi permitido excluir 4 artigos. Para tanto, foram selecionados 8 artigos que irão compor este estudo.

Para a coleta dos dados, construiu-se uma planilha utilizando o programa Excel, e os artigos selecionados foram inseridos nesta planilha que permitiu caracterizá-los. Após o tratamento dos dados, foram extraídos os principais conceitos abordados em cada artigo que respondessem à questão problema e o interesse da pesquisadora. A partir de então, decidiu-se por realizar a análise de conteúdo categorial, agrupados por similaridades de conteúdo, através do *software* NVIVO 11 Plus. Definiram-se duas categorias temáticas, sendo estas: I – política e gestão da regulação assistencial; II – monitoramento como estratégia de gestão e tomada de decisão.

assistenciais disponíveis e promover a transparência, a integralidade e a equidade no acesso às ações e aos serviços, em tempo oportuno, dispondo, para tal, entre outros instrumentos, de diretrizes operacionais e protocolos de regulação (PEITER; LANZONI; OLIVEIRA, 2016).

Os Complexos Reguladores foram instituídos como estratégias para efetivação da política de regulação, para tanto, o Ministério da Saúde desenvolveu um sistema informatizado, o Sistema Nacional de Regulação – SISREG, este sistema facilita a gestão do acesso aos serviços de saúde, pois controla o fluxo, permite agendamentos, alocação em leitos, emite relatórios e articula-se com os outros bancos de dados, servindo de instrumento gerencial. Para Ceciliano, Duque e Nascimento (2016), o SISREG possibilita a administração das vagas de atendimento ambulatorial e de internação hospitalar por meio de fila única de espera, mas apresenta uma fragilidade que compromete a garantia da efetividade do serviço, pois este sistema não possui um mecanismo de bloqueio de duplicidade de solicitações e agendamentos, influenciando diretamente no tempo de espera dos pacientes que aguardam avaliações médicas, exames e cirurgias e, conseqüentemente, limita a avaliação da real demanda dos serviços de saúde.

É importante considerar que o conceito dos Complexos Reguladores e sua operacionalização, é citado desde o Pacto de Gestão 2006, onde garante a organização das redes e os fluxos assistenciais, mediante protocolos clínicos e assistenciais vinculados com a contratação, controle e avaliação, e com outras funções da

gestão, como programação e regionalização (BARBOSA, BARBOSA, NAJBERG, 2016).

Segundo Silva (2010), muitas diretrizes e ferramentas típicas de um complexo regulador implantado não são evidentes na observação dos gestores e quando existem, não funcionam. O trabalho com a necessidade, a demanda e a oferta ainda está muito atrelado à ideia da capacidade instalada, e o acesso é uma consequência da definição dessas medidas.

Para Cavalcanti (2018), a regulação assistencial é um desafio, porém observa-se alguns avanços, quando diz:

Embora a regulação assistencial apresente escassez de mecanismos que assegurem uma efetiva conexão entre a oferta de serviços e a demanda, o que tem contribuído para a manutenção da baixa eficácia do sistema brasileiro de saúde, avanços normativos têm ocorrido na política setorial com a publicação da Política Nacional de Regulação – PNR do SUS e da Política Nacional de Atenção Básica - PNAB6. Sendo que esta última deu novos significados às redes e à regionalização, estabelecendo novos instrumentos para a sua efetivação, o que interfere diretamente na regulação. Na PNR destaca-se a estruturação da regulação do acesso, que deve conter um sistema de informação do fluxo, o que possibilita o incremento de informações em modelos de decisão para a conformação de redes regionais de saúde, facilitando ganhos de economia de escala e a integralidade do cuidado. Outro elemento normativo que colaborou para a organização das atividades foi a publicação do documento

“Critérios e parâmetros para o planejamento e programação de ações e serviços de saúde no âmbito do SUS”, o que possibilitou monitorar ações de regulação em saúde baseados em indicadores de efetividade (p.183).

A Regulação Assistencial é uma das macrofunções a serem desempenhadas pelos gestores de saúde, sendo direcionada à promoção dos princípios da equidade e da integralidade do cuidado, através do controle do fluxo da demanda por assistência à saúde em todas as unidades prestadoras de serviços, como também pelo redimensionamento da oferta, de acordo com as necessidades da população, num comando único ao tratar-se de redes de atenção (BRASIL, 2011).

Ao estabelecer a Política de Regulação, a gestão pública se propõe a estruturar as Redes de Atenção à Saúde em parceria com as Centrais de Regulação. Nesse momento, esta proposta busca estabelecer diretrizes organizativas com vistas a um sistema regionalizado e hierarquizado, capaz de ofertar serviços segundo as necessidades de sua população.

O papel do gestor vai além de contribuir na otimização dos recursos de saúde, ao efetivar a regulação assistencial, compreende-se que se busca a qualidade da ação por meio da resolubilidade, a resposta adequada aos problemas clínicos e à satisfação do usuário.

Importante para a consolidação da Política de Regulação é trabalhar relacionando às necessidades de saúde com os vários instrumentos de gestão que fazem parte do arcabouço do planejamento em saúde em interface com controle e avaliação.

Monitoramento como estratégia de gestão e tomada de decisão

O monitoramento e a avaliação vêm se tornando componentes importantes para a gestão dos serviços de saúde, ao fornecer elementos de conhecimento que subsidiem a tomada de decisão e propiciem maior eficiência, eficácia e efetividade às atividades desenvolvidas (TANAKA; TAMAKI, 2012).

No caso da regulação em saúde, além do desenvolvimento de toda uma política e das tecnologias em saúde baseada em necessidades prioritárias, vulnerabilidades e riscos, há a necessidade de mediação política e definição de diretrizes e de critérios a partir dos espaços de participação da gestão e do controle social (CARVALHO *et al.*, 2012).

A regulação assistencial é prerrogativa do gestor, ao se regular o acesso com base nos protocolos clínicos, linhas de cuidado e fluxos assistenciais definidos previamente, a regulação estará exercendo também a função de orientar os processos de programação da assistência, assim como o planejamento, a implementação e o monitoramento das ações necessárias para a melhoria do acesso aos serviços (BRASIL, 2011).

Conforme Brasil (2006) está disposto na Portaria 399/GM que os colegiados de gestão regional são considerados um ótimo espaço para discutir e realizar as seguintes ações de saúde: instituir um processo dinâmico de planejamento regional; atualizar e acompanhar a programação pactuada integrada de atenção em

saúde; desenhar o processo regulatório, com definição de fluxos e protocolos; priorizar linhas de investimento; estimular estratégias de qualificação do controle social; apoiar o processo de planejamento local; constituir um processo dinâmico de avaliação e monitoramento regional (BRASIL, 2006).

Para Brasil, 2011, considera-se de fundamental importância a adoção do processo de monitoramento e avaliação da Programação Pactuada Integrada - PPI como estratégia de gestão:

O processo deve ser permanente, por meio de análises comparativas, não somente entre as ações programadas e realizadas, ou entre valores produzidos e valores programados, mas também sobre o impacto na atenção à saúde da população, que possibilitem a revisão da PPI ou dos parâmetros adotados, a exemplo, dentre outros, dos fluxos pactuados e ocorridos, dos percentuais de internações adotados e realizados (total e por clínica) e dos valores médios adotados (p. 87).

As dificuldades na organização das atividades de regulação são sentidas na prática pelos gestores não apenas na PPI e segundo Cavalcanti (2018) isto se deve ao não monitoramento das referências dos profissionais da atenção básica para a especializada, às falhas de monitoramento e controle nos orçamentos dos serviços, sendo em muitas vezes insuficientes, a cobertura dos serviços imprecisos e dimensionados por critérios aleatórios e desatualizados e a frágil disponibilização de

indicadores de resultados (contábil, gestão de material, de recursos humanos, epidemiológicos e operacionais).

Uma grande variedade de atores pode estar envolvida no processo da regulação. Desenvolver instrumentos e mecanismos regulatórios envolve ações junto ao Legislativo, ao Executivo e ao Judiciário. Regulação como macrofunção de governo consiste na elaboração e na aplicação de leis e normas, na implementação, no monitoramento e na avaliação; assim como na adequada distribuição da oferta de serviços de acordo com as necessidades de saúde da população (BRASIL, 2007).

Uma estratégia seria um espaço de discussão colegiada entre os gestores de saúde na construção das políticas de saúde no âmbito regional e municipal, confrontando com os problemas cotidianos que perpassam a assistência à saúde. Porém, estas potencialidades ainda não estão plenamente desenvolvidas, haja vista a capacidade de articulação limitada dos gestores envolvidos (MEDEIROS *et al.*, 2017). Segundo Viana, (2015), as Comissões Intergestores um espaço com potencial de desenvolver a capacidade institucional para o planejamento e a coordenação territorial regional voltada para superação de interesses corporativos e criação de uma governança local baseada em solidariedade, democratização da decisão e cooperação intergovernamental.

O processo de gestão em saúde exige medidas de planejamento, alocação de recursos escassos, avaliação de desempenho e outras atividades básicas de administração, além de reuniões de equipe, padronização de procedimentos, coordenação, direção, monitoramento

e controle (MEDEIROS *et al* 2017). Assim sendo, no contexto da gestão de saúde, necessita-se de gestores capazes de implantar políticas e novos modelos de atenção, com capacidade e competência para administrar graves problemas que se apresentem durante as etapas dos processos.

O monitoramento das ações de saúde e do desempenho dos serviços é uma estratégia mais célere no apoio à tomada de decisão pelos gestores de saúde, mas necessita-se que todos os envolvidos estejam alinhados conceitualmente e disponham de conhecimentos técnicos para a sua implementação (GRIMM; TANAKA, YOSHIMI, 2016).

Os gestores de saúde necessitam adotar estratégias que auxiliem na agilidade e compreensão das informações, mediante organização, planejamento, monitoramento e avaliação, de acordo com as políticas e diretrizes preconizadas.

Entende-se que a regulação assistencial não é tão somente a gestão das filas de espera. É um processo amplo que necessita ser discutido. Deve-se avançar no monitoramento da qualidade dos indicadores, serviços e tecnologias, deve-se auxiliar na qualificação dos gestores nos processos de regulação e nas práticas de monitoramento e avaliação no âmbito da gestão do SUS, aprimorando-os nos mecanismos de governança e influenciando de maneira positiva na tomada de decisão.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A regulação em saúde se destina a construir um sistema de saúde que atenda às necessidades da população à luz dos princípios e diretrizes do SUS. A Política Nacional de Regulação e suas diretrizes, enquanto instrumento normativo de gestão foi um marco na política de saúde do Brasil. Diante da magnitude dessa política é considerado um desafio para os gestores de saúde e se apresenta como um elemento estratégico para pactuação de ações e serviços na organização das redes de atenção, além de um mero conjunto de equipamentos e tecnologias, que devem ser conduzidos para sua efetivação.

Diante deste estudo, observou-se que permeiam-se alguns desafios para os gestores de saúde como: aumentar a competência profissional no âmbito da avaliação, monitoramento e planejamento; sistematizar estratégias operacionais para o exercício do trabalho em rede com foco na melhoria da comunicação e a conexão entre os serviços de saúde (referência e contrarreferência); promover espaços políticos de discussão que norteie a consolidação da política de regulação e o uso de tecnologias em saúde.

Ao se definir, aplicar, monitorar e avaliar os protocolos, fluxos e estratégias para os processos regulatórios, estes propiciaram à gestão pública o estabelecimento de um melhor controle do acesso aos serviços ofertados e à aplicação dos recursos financeiros, favorecendo a organização do sistema de saúde. Ao qualificar

essa atenção proporcionará o maior alcance nos objetivos das políticas e diretrizes com eficiência, efetividade e eficácia.

É importante citar que algumas lacunas são consideradas gargalos para a efetivação da Política Nacional de Regulação na visão dos gestores de saúde, que vai desde os aspectos políticos, econômicos e organizacionais. A limitação financeira e a iniquidade requer a utilização de critérios para priorização do acesso.

Reconhece-se a necessidade de aprofundar essa temática e recomenda-se desenvolver estudos que avaliem como as políticas de regulação são avaliadas pelos gestores de saúde e como o monitoramento é importante na tomada de decisão.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, M. do S.V. de *et al.* Regulação assistencial no recife: possibilidades e limites na promoção do acesso. **Saudesoc.**, São Paulo, v.22, n. 1, p. 223-236, mar. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sciarttext&pid=S0104-12902013000100020&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 jun. 2019.

BARBOSA, D. V. S.; BARBOSA, N. B.; NAJBERG, E. Regulação em Saúde: desafios à governança do SUS. **Cad. saúde colet.**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 49-54, mar. 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414462X2016000100049&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 20 jun. 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1414-462X201600010106>.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Regulação em Saúde**. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.559, de 1 de agosto de 2008**. Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Diretrizes metodológicas**: elaboração de revisão sistemática e metanálise de estudos observacionais comparativos sobre fatores de risco e prognóstico. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria/GM nº 399, de 22 de fevereiro de 2006**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

CARVALHO, André Luis Bonifácio de *et al.* A gestão do SUS e as práticas de monitoramento e avaliação: possibilidades e desafios para a construção de uma agenda estratégica. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 901-911, abr. 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232012000400012&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 22 jun. 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012000400012>.

CAVALCANTI, R. P.; CRUZ, D. F.; PADILHA, W. W. N. Desafios da Regulação Assistencial na Organização do Sistema Único de Saúde. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v. 22, n. 2, p. 181-188, 2018. Disponível em: <http://periodicos.ufpb.br/ojs2/index.php/rbcs>. Acesso em: 20 jun. 2019.

CECILIANO, T. M., DUQUE, P. H. C., NASCIMENTO, G. E. do. Duplicidades em marcações de consultas pelo Sistema Nacional de Regulação – SIS-REG. **Academus Revista Científica da Saúde**, v. 1, n. 1, p. 1-8, 2016.

CRESWELL, J. **Projeto de pesquisa**: métodos qualitativo, quantitativo e misto. 2. ed. Porto Alegre: Bookman, 2007.

GRIMM, S. C. de A.; TANAKA, O. Y. Paineis de Monitoramento Municipal: bases para a construção de um instrumento de gestão dos serviços de saúde. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 25, n. 3, p. 585-594, set. 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S223796222016000300585&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 21 jun. 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.5123/s1679-49742016000300014>.

MARCON, C. L. F.; JACOBSEN, A. L.; SABINO, M. M. F. L. **Implementação do Sistema de Regulação SISREG para o Agendamento de Consultas e Exames Especializados no município de Garopaba.** Coleção Gestão da Saúde Pública. v. 2. 2013. Disponível em: <http://gsp.cur-socad.ufsc.br/wp/wp-content/uploads/2013/02/Anais-GSP-Volume-2-Artigo-3.pdf>. Acesso em: 9 jun. 2019.

MARTINS, C. C.; WACLAWOVSKY, A. J. Problemas e desafios enfrentados pelos gestores públicos no processo de gestão em saúde. **Revista de Gestão em Sistemas de Saúde**, [S.l.], v. 4, n. 1, p. 100-109, jan.-ju. 2015. ISSN 2316-3712. Disponível em: <http://www.revistargss.org.br/ojs/index.php/rgss/article/view/341>. Acesso em: 09 jun. 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.5585/rgss.v4i1.157>.

MEDEIROS, C. R. G. *et al.* Planejamento regional integrado: a governança em região de pequenos municípios. **Saúde soc.**, v. 26, n. 1, jan.-mar. 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902017162817>.

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

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C. M. Uso de gerenciador de referências bibliográficas na seleção dos estudos primários em revisão integrativa. **Texto contexto - enferm.**, v. 28, 2019.

PEITER, C. C.; LANZONI, G. M. M.; OLIVEIRA, W. F. Regulação em saúde e promoção da equidade: o Sistema Nacional de Regulação e o acesso à assistência em um município de grande porte. **Revista Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 111, p. 63-73, out.-dez. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v40n111/0103-1104-sdeb-40-111-006>. Acesso em: 09 jun. 2019.

SANTOS, F. P.; MERHY, E. E. A regulação pública da saúde no Estado brasileiro: uma revisão. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, São Paulo, v. 10, n. 19, p. 25-41, 2006.

SILVA, L. C. de M. e. **Implantação de complexos reguladores no estado de Pernambuco:** uma avaliação a partir dos gestores da saúde. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública) – Fundação Osvaldo Cruz, 2010.

SILVEIRA, M.S.D. Processo regulatório da Estratégia de Saúde da Família para a assistência especializada. **Revista Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 116, p. 63-72, jan.- mar. 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sciarttext&id=S10159001031104201811605&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 jun. 2019.

SOUZA, D. C. C. de; SERINOLLI, M. I. Agendamento Eletrônico Ambulatorial: análise de melhorias após a implantação. **Revista de Gestão em Sistemas de Saúde**, [S.l.], v. 6, n. 3, p. 276-292, dec. 2017. ISSN 2316-3712. Disponível em: <http://www.revistargss.org.br/ojs/index.php/rgss/article/view/341>. Acesso em: 9 jun. 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.5585/rgss.v6i3.341>.

TANAKA, O.Y.; TAMAKI, E.M. O papel da avaliação para a tomada de decisão na gestão de serviços de saúde. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, v. 17, n. 4, p. 821-828, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n4/v17n4a02.pdf>. Acesso em: 20 jun. 2019.

VIANA, A. L. d'Á. *et al.* Tipologia das regiões de saúde: condicionantes estruturais para a regionalização no Brasil. **Saúde & Sociedade**, São Paulo, v. 24, n. 2, p. 413-422, 2015.

VILARINS, G. C. M SHIMIZU, H. E.; GUTIERREZ, M. M. U. A Regulação em Saúde: aspectos conceituais e operacionais. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 95, p. 640-647, 2012.

COMO MEDIR O NÍVEL DE MATURIDADE EM BPM NAS ORGANIZAÇÕES: MODELOS DESCRITOS NA LITERATURA

*Willienny Kássia Bezerra Correia Girard
Márcio de Oliveira Mota*

INTRODUÇÃO

Com o aumento da competitividade, as instituições buscam cada vez mais a otimização de seus recursos, de modo a atingir padrões de qualidade, eficiência, eficácia e efetividade em seus processos, gerando desempenho financeiro satisfatório para garantia da sustentabilidade da empresa e reconhecimento de valor por seus clientes internos e externos. Nesse contexto, a gestão dos processos de negócio ou mais comumente descrito no ramo industrial como Business Process Management (BPM), apresenta-se como instrumento essencial para o desenvolvimento das empresas e obtenção de vantagens competitivas nos mais variados segmentos de mercado (CLEVEN *et al.*, 2014). Para viabilizar a melhoria contínua dos processos e identificar seus diferentes estágios de maturidade, existem diversos modelos que podem ser aplicados nas instituições.

Esses modelos dão subsídios aos gestores para o diagnóstico situacional quanto aos níveis de maturidade sobre gestão por processos, auxiliando na identificação das fragilidades e direcionando esforços para a melhoria de processos deficitários (MARINHO *et al.*, 2015).

Nos dias atuais, a maturidade e gerenciamento de processos apresenta-se como um recurso comumente utilizado nos mais diversos meios da indústria e comércio. Essas ferramentas atuam por meio da proposição de técnicas e orientações que buscam avaliar o estado atual da organização objetivando o alcance de um nível superior, alavancando assim os serviços e recursos destas instituições. Apesar de comumente utilizado no meio industrial, no âmbito da assistência à saúde ainda não há exortação dessa prática (MOREIRA; PEREIRA, 2007).

Dentro deste contexto, o presente estudo terá como objetivo identificar na literatura os principais métodos utilizados pelos diferentes tipos de empresas para mediar o nível de maturidade da gestão de processos de negócio. Como objetivos específicos, buscaremos identificar se existem estudos no setor da saúde aplicando métodos de avaliação de maturidade em BPM. Além disso, a presente revisão de literatura servirá como base para o desenvolvimento posterior de um estudo exploratório de caráter experimental que visará elaborar um *framework* de BPMM adaptado para instituições de saúde.

METODOLOGIA

A pesquisa trata-se de uma revisão integrativa. Tal método incide em seis etapas, sendo estas: preparação

de pergunta norteadora; busca na literatura; coleta de dados; análise crítica dos artigos; resultados e discussão (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010). A seguinte questão norteadora foi elaborada: quais os modelos de maturidade de BPM mais frequentemente descritos na literatura e suas principais potencialidades?

Para definição dos descritores de busca, foram utilizadas as palavras-chave que abrangessem a temática possibilitando a captação de todos os estudos que contivessem os seguintes termos: “BPMM”; “Maturity Model BPM”; “Business Process Maturity Model” combinados entre si pelo operador booleano *OR*. As pesquisas foram realizadas em duas plataformas digitais, Scopus e Web of Science. Durante a busca na base de dados Scopus foi aplicado filtro por área de conhecimento, com restrição para as áreas de Engenharia e Negócios, Gestão e Contabilidade. Para garantir a captação do maior número de estudos acerca do tema desejado, foram analisados todos os artigos localizados nas bases de dados, independentemente do seu ano de publicação, idioma ou disponibilidade, que descrevessem modelos capazes de medir o nível de maturidade da gestão de processos de negócios (BPM) nas instituições. Foram excluídos os trabalhos que não abordavam diretamente o tema de interesse da presente pesquisa, bem como revisões de literatura e artigos incompletos ou duplicados.

O estudo foi realizado no período de junho a julho de 2019. Foram adotadas as seguintes etapas para formulação da pesquisa: elaboração da pergunta norteadora, levantamento das palavras-chave e formulação

da equação de busca, execução das buscas nas bases de dados, triagem inicial dos estudos por título e resumo com aplicação de critérios de inclusão e exclusão e triagem final dos estudos com leitura dos artigos na íntegra, conforme detalhado na Tabela 1.

Tabela 1 - Publicações excluídas na etapa de triagem dos estudos por critério da revisão

	Scopus	Web of Science	Total
Resultado geral	81	34	115
Filtro por área de estudo*	49	-	49
Trabalhos excluídos por não corresponderem ao objeto da revisão	22	22	44
Outros tipos de publicações ou artigos incompletos publicados em anais de congressos	3	1	4
Trabalhos repetidos dentro da mesma base de pesquisa	1	0	1
Trabalhos repetidos por estarem publicados também na segunda base de pesquisa	0	6	6
Trabalhos restantes	6	5	11

Legenda: *Filtro por área de matéria: Engenharia; Negócios, Gestão e Contabilidade.

Fonte: Elaborado pelos autores.

Após a leitura dos trabalhos selecionados, as informações relevantes foram categorizadas e sintetizadas em uma tabela matriz, no *software* Microsoft Office Excel, seguindo-se um roteiro previamente elaborado, com identificação dos autores, ano de publicação dos estudos, Modelos de maturidade em BPM e principais resultados apresentados.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os estudos inclusos, na presente pesquisa, foram organizados e sumarizados em uma matriz de síntese (Quadro 1) e, posteriormente, quantificados por ano de publicação e modelos de maturidade descritos.

Quadro 1 - Estudos sobre modelos de maturidade em BPM

Autor	Identificação	Ano	Modelos de maturidade de BPM descritos	Resultados
(ANDRIANI <i>et al.</i> , 2018)	Alinhamento do nível de maturidade do processo de negócios com o crescimento das PMEs na indústria da moda indonésia	2018	<i>Business Process Maturity Model</i> (BPMM) - OMG	Fornecer um guia prático para as PMEs identificarem seu atual estágio de crescimento e implementar a medição do nível de maturidade do processo de negócios.
(RETEGI ALBISUA; IGARTUA LÓPEZ, 2018)	Modelos de maturidade da empresa: Aplicação ao programa de desenvolvimento de fornecedores no setor de petróleo e gás	2018	<i>Company Maturity Model</i> (CoMM)	Contribui para o alinhamento de metas entre as empresas fornecedoras e clientes e para o compartilhamento de conhecimento dentro das duas empresas.
(CHRISTIANSSON; VAN LOOY, 2017)	Elementos para adaptar um modelo de maturidade de BPM para simplificar seu uso	2017	<i>Process and Enterprise Maturity Model</i> (PEMM) e o <i>Business Process Maturity Model</i> (BPMM) - OMG	Fornecer informações sobre a implementação de modelos BPM adaptados às necessidades institucionais baseadas em modelos de maturidade de processos e maturidade da instituição.
(DE BOER; MÜLLER; TEN CATEN, 2015)	Modelo de avaliação para a maturidade do processo de negócios organizacional com foco nas práticas de governança de BPM	2015	<i>Business Process Maturity Model</i> (BPMM) - OMG	Propõe um modelo de avaliação para a maturidade do gerenciamento de processos focado nas práticas de governança do gerenciamento de processos de negócios (BPM)

(KRIVOGRAD; FETKE; LOOS, 2014)	Desenvolvimento de uma ferramenta-modelo de maturidade inteligente para gerenciamento de processos de negócios	2014	<i>Maturity Model for Business Process Management (BPMR) Process and Enterprise Maturity Model (PEMM) e o Business Process Maturity Model (BPMM) - OMG</i>	Desenvolveu uma Ferramenta de Modelo de Maturidade Inteligente que usa dados já disponíveis para avaliação das maturidades dos processos de forma automatizada (Intelligent Maturity Model-Tool)
(MOGHADAM; SAFARI; MALEKI, 2013)	Um novo modelo para avaliação de maturidade de processos de negócios através da combinação de modelos de maturidade com EFQM e ISO 9004: 2009	2013	<i>Process and Enterprise Maturity Model (PEMM)</i>	Este artigo apresenta uma nova estrutura para avaliar a maturidade do processo. Este <i>framework</i> compara modelos de maturidade com a auditoria de processos de Michael Hammer.
(LIMA; VIEGAS; COSTA, 2017)	Uma abordagem baseada em métodos multicritérios para o problema de seleção de BPMM	2017	<i>Business Process Management Capability Framework (BPM - CF); Process and Enterprise Maturity Model (PEMM); Business Process Maturity Model (BPMM) - OMG; Business Process Orientation Maturity Model (BPO-MM)</i>	O artigo discute a importância de escolher corretamente um BPMM para ajudar a organização a alcançar resultados positivos usando iniciativas de BPM. Outra contribuição do trabalho é usar a abordagem multicritério para resolver este problema de escolha.
(TARHAN; TUR-ETKEN; VAN DEN BIGGELAAR, 2015)	Avaliando a maturidade do processo de assistência médica: desafios do uso de um modelo de maturidade do processo de negócios	2015	<i>Business Process Maturity Model (BPMM) - OMG</i>	O objetivo deste estudo é investigar os desafios da avaliação de maturidade do processo de cuidados de saúde através de um modelo de maturidade de processos de negócios genéricos, e explorar as oportunidades de trabalho futuro que iria facilitar a avaliação da maturidade do processo e melhoria no domínio da saúde.

<p>(LEE; LEE; KANG, 2009)defining and improving business processes, thereby guiding them to achieving business goals and values. In this paper, we present a business process maturity model called Value based Process Maturity Model (vPMM)</p>	<p>vPMM: um modelo de maturidade do processo baseado em valor</p>	<p>2009</p>	<p><i>Capability Maturity Model (CMM) e Value based Process Maturity Model (vPMM)</i></p>	<p>Apresenta um modelo de maturidade (vPMM) que pode indicar a capacidade de controlar os valores de negócios de uma organização e fornecer orientações sobre como incorporar a sua realização valor de negócio em seu processo de negócio.</p>
<p>(KHOSHGOFTAR; OSMAN, 2009)</p>	<p>Comparação de vPMM e BPMM</p>	<p>2009</p>	<p><i>Value based Process Maturity Model (vPMM) e o Business Process Maturity Model (BPMM) - OMG</i></p>	<p>O vPMM tem vantagens sobre o BPMM em que não só define KPAs para medir, monitoramento e controle de valores de negócios, mas também incorpora valores de negócios à extensão de metas e Práticas da instituição.</p>
<p>(LEE; LEE; KANG, 2007)</p>	<p>Uma visão geral do modelo de maturidade do processo de negócios (BPMM)</p>	<p>2007</p>	<p><i>Business Process Maturity Model (BPMM) - OMG</i></p>	<p>As vantagens da BPMM e a compreensão dos níveis de maturidade que estão associados com o âmbito de aplicação da influência de áreas de processo, a capacidade de monitorização e processos de controle.</p>

Fonte: Elaborado pelos autores.

Conforme quantidade de estudos encontrados nas bases de dados consultadas, dos 11 artigos analisados, aproximadamente 91% (10) foram publicados nos últimos sete anos, a saber: 2018, 2017 e 2015 constam com 02 publicações cada, seguidos dos anos 2014 e 2013 com 1 publicação cada. As publicações mais antigas, localizadas nas bases de dados escolhidas e que atenderam aos critérios de inclusão para a pesquisa, constam nos anos de 2009 e 2007 com 2 e 1 publicações, respectivamente. A maior prevalência de estudos, nos últimos anos, pode evidenciar a relevância do tema para as instituições e o meio acadêmico na atualidade, tendo em vista que não foram aplicadas quaisquer restrições ou filtros por ano de publicação no processo de busca nas bases de dados.

Os estudos selecionados demonstraram que as empresas podem adotar diferentes métodos para medir seu nível de maturidade em gestão por processos, conforme compilado na Tabela 2.

Tabela 2 - Modelos de avaliação de maturidade em BPM descritos nos estudos analisados

Modelos descritos	Frequência de abordagem do modelo*
BPMM - OMG - Business Process Maturity Model	8
PEMM - Process and Enterprise Maturity Model	4
vPMM - Value based Process Maturity Model	2
BPM - CF - Business Process Management Capability Framework	1

BPMR - Maturity Model for Business Process Management	1
BPO-MM - Business Process Orientation Maturity Model	1
CMM - Capability Maturity Model	1
CoMM - Company Maturity Model	1

Legenda: *Alguns estudos descreveram mais de um modelo de análise de maturidade, portanto apresenta-se uma frequência superior ao quantitativo total de estudos analisados.

Fonte: Elaborado pelos autores.

Observa-se uma predominância do modelo padronizado e divulgado pelo grupo OMG (Object Management Group) denominado BPMM – Business Process Maturity Model, presente em 73% (8) dos estudos analisados, seguido pelo modelo PEMM - Process and Enterprise Maturity Model criado por Michael Hammer e divulgado pela Harvard Business Review, abordado em 36% (4) dos artigos considerados para a presente pesquisa.

De acordo com Andriani *et al.* (2018), essa predominância se dá pelo fato de que o modelo de maturidade de BPMM, utiliza-se de ferramentas que propiciam as organizações um amadurecimento importante nos processos de negócios, potencializando um crescimento em todas as instâncias das instituições, independente do seu porte ou segmento. Essa ferramenta proporciona melhorias em todas as instâncias, desde as etapas de empreendimento e colaboração até os estágios de crescimento e expansão do negócio. Nesse contexto Krivograd, Fettke, Loos (2014) e Christiansson, Van Looy (2017), afirmam que a busca crescente pela eficiência

e eficácia dos processos, alavancada pelo aumento da competitividade de mercado, evidencia, cada vez mais, a importância da adoção de modelos de maturidade em BPM, já que estes dispõem de ferramentas que podem prover redução de custos, melhoria da qualidade e otimização do tempo. Desse modo, o modelo de maturidade BPMM destaca-se pela facilidade de adaptação aos mais diversos tipos de segmentos e organizações.

No estudo de Boer, Müller, Ten Caten (2015), foi proposto um modelo de avaliação de maturidade com enfoque nas práticas de governança e gerenciamento de processos de negócios, onde pode-se inferir que o modelo de BPMM pode assessorar nos processos de gerenciamento, visando identificação e análise de processos deficitários dentro das instituições, potencializando assim o crescimento da organização por meio de estratégias de correção e prevenção. Outro estudo desenvolvido por Tarhan, Turetken, Biggelaar (2015), realizou uma adaptação do modelo de maturidade BPMM, visando facilitar e melhorar os processos no âmbito da saúde. Reforçando as informações sobre os modelos de BPMM, os estudos de Lee, Lee, Kang (2007); Lima, Viegas Costa (2017); Khoshgoftar, Osman (2009), afirmam que os modelos de maturidade devem ser devidamente escolhidos, visando auxiliar as organizações a alcançarem resultados positivos.

Em relação à utilização do modelo PEMM, o estudo de Moghadam, Safari, Maleki (2013), avaliou a ferramenta associando a auditoria de processos. Ele relata que tal ferramenta possui características que oportu-

nizam a avaliação da maturidade das organizações de forma abrangente, com foco no diagnóstico do nível de maturidade da instituição. Já o estudo de Krivograd, Fettke, Loos (2014) usaram o modelo de maturidade PEMM associada a BPMM, visando à elaboração de uma ferramenta de Modelo de Maturidade Inteligente que usa dados já disponíveis para avaliação das maturidades dos processos de forma automatizada (Intelligent Maturity Model-Tool). Ainda dentro da temática Christiansson, Van Looy (2017) e Lima, Viegas, Costa (2017) relatam que a utilização das ferramentas de maturidade de forma adequada podem auxiliar na identificação de fatores limitantes para o desenvolvimento das instituições, deste modo o modelo de PEMM pode ser implementado quando se pretende avaliar com maior enfoque o nível de maturidade da organização, e propor diferentes estratégias e ações para melhoria, a depender do nível de maturidade identificado.

Os demais modelos não apresentaram uma frequência representativa de aparições nos artigos analisados quando comparados aos modelos supracitados, no entanto todos demonstram capacidade de gerar melhorias nos processos organizacionais, por meio de uma metodologia voltada para a eficiência e efetividade na gestão orientada aos processos. Todos os estudos reconheceram a relevância e contribuição dos modelos de maturidade para evolução dos processos e, conseqüentemente, evolução das instituições.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo possibilitou a abordagem do tema gestão por processos com foco na identificação dos principais modelos descritos na literatura sobre maturidade de BPM. Os modelos divulgados pelo grupo OMG e para Harvard Business Review destacaram-se frente aos demais métodos, sendo o primeiro mais focado na identificação dos diferentes níveis de maturidade entre os processos institucionais e o segundo abordando uma ideia mais holística quanto à maturidade institucional acerca da gestão por processos.

Podemos averiguar que, apesar de existirem diversas ferramentas de maturidade, ainda são poucas as publicações sobre o tema no segmento hospitalar. Na presente pesquisa identificamos apenas um artigo na área, fato que pode reforçar a percepção de que existe uma lacuna no conhecimento e que novos estudos podem ser desenvolvidos no intuito de identificar as principais limitações para implantação desses modelos nesse segmento. Além disso, modelos adaptados para instituições de saúde podem ser desenvolvidos e implantados a partir dos já existentes e utilizados nas demais empresas.

Por tratar-se de uma revisão integrativa, com busca em quantidade limitada de bases de pesquisa, o estudo pode apresentar limitações.

Após constatarmos a grande relevância dos modelos de BPM para melhoria contínua das instituições, e partindo da premissa de que tais modelos apresentam

significativo potencial de aplicabilidade e benefícios na área da saúde, buscaremos desenvolver um novo estudo que, posteriormente, visará elaborar um *framework* de BPMM adaptado para o ambiente hospitalar.

REFERÊNCIAS

ANDRIANI, M. *et al.* Aligning business process maturity level with SMEs growth in Indonesian fashion industry. **International Journal of Organizational Analysis**, v. 26, n. 4, p. 709–727, 3 set. 2018.

CHRISTIANSSON, M. T.; VAN LOOY, A. Elements for tailoring a BPM maturity model to simplify its use. Lecture Notes in Business Information Processing. **Anais...Springer**, Cham, 2017. Disponível em: http://link.springer.com/10.1007/978-3-319-65015-9_1. Acesso em: 7 jul. 2019

CLEVEN, A. K. *et al.* Process management in hospitals: an empirically grounded maturity model. **Business Research**, v. 7, n. 2, p. 191-216, 5 out. 2014.

DE BOER, F. G.; MÜLLER, C. J.; TEN CATEN, C. S. Assessment model for organizational business process maturity with a focus on BPM governance practices. **Business Process Management Journal**, v. 21, n. 4, p. 908-927, 6 jul. 2015.

KHOSHGOFTAR, M.; OSMAN, O. Comparison of maturity models. **Proceedings - 2009 2nd IEEE International Conference on Computer Science and Information Technology, ICCSIT 2009**, p. 297-301, 2009.

KRIVOGRAD, N.; FETTKE, P.; LOOS, P. Development of an intelligent maturity model-tool for business process management. Proceedings of the Annual Hawaii International Conference on System Sciences. **Anais...IEEE**, jan. 2014. Disponível em: <http://ieeexplore.ieee.org/document/6759083/>. Acesso em: 7 jul. 2019

LEE, J.; LEE, D.; KANG, S. An Overview of the Business Process Maturity Model (BPMM). **Advances in Web and Network Technologies, and Information Management**, p. 384-395, 2007.

LEE, J.; LEE, D.; KANG, S. vPMM: A value based process maturity model. **Studies in Computational Intelligence**, v. 208, p. 193-202, 2009.

LIMA, E. S.; VIEGAS, R. A.; COSTA, A. P. C. S. A multicriteria method based approach to the BPMM selection problem. **2017 IEEE International Conference on Systems, Man, and Cybernetics, SMC 2017**, v. 2017-jan., p. 3334-339, 2017.

MARINHO, E. Z. *et al.* Modelos de maturidade de BPM mais comumente usados. **Congresso Internacional de Administração**, p. 11, 2015.

MOGHADAM, M. M.; SAFARI, H.; MALEKI, M. A novel model for business process maturity assessment through combining maturity models with EFQM and ISO 9004:2009. **International Journal of Business Process Integration and Management**, v. 6, n. 2, p. 167, 2013.

MOREIRA, M.; PEREIRA, M. A maturidade em gerenciamento de projetos e sua contribuição para a seleção de projetos de acordo com a estratégia organizacional. **Management**, 2007.

RETEGI ALBISUA, J.; IGARTUA LÓPEZ, J. I. Company maturity models: Application to supplier development program in oil & gas sector. **Journal of Industrial Engineering and Management**, v. 11, n. 2, p. 187-195, 6 abr. 2018.

SOUZA, M. T. DE; SILVA, M. D. DA; CARVALHO, R. DE. Integrative review: what is it? How to do it? **Einstein (São Paulo)**, v. 8, n. 1, p. 102-106, 2010.

TARHAN, A.; TURETKEN, O.; VAN DEN BIGGELAAR, F. J. H. M. Assessing Healthcare Process Maturity: Challenges of Using a Business Process Maturity Model. **Proceedings of the 9th International Conference on Pervasive Computing Technologies for Healthcare**, p. 339-342, 2015.

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO ATENDIMENTO INICIAL AO PACIENTE COM AVE AGUDO: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

*Elis de Souza Albuquerque
Raquel Sampaio Florêncio*

INTRODUÇÃO

O Acidente Vascular Encefálico (AVE) pode ser definido como uma patologia onde se verificam alterações estruturais no cérebro que conduzem a múltiplos défices cognitivos e lesões permanentes (sequelas, incapacidades). O AVC é considerado multifatorial, já que inclui formas variadas, diferentes manifestações clínicas e diversos fatores etiológicos (FERNANDES, 2016)

Na América Latina, a taxa de incidência do AVE gira em torno de 150 casos por 100.000 habitantes e as taxas de letalidade variam de 10 a 55%. O Brasil apresenta a quarta taxa de mortalidade por AVE entre os países da América Latina e do Caribe. A mortalidade nos primeiros 30 dias é de 10%, atingindo 40% no primeiro ano pós-evento. A imensa maioria dos sobreviventes necessita de reabilitação para as sequelas neurológicas

consequentes, sendo que, aproximadamente, 70% não retornam ao seu trabalho e 30% necessita de auxílio para caminhar (LIMA, 2016).

Fatores de risco, classificação e etiologia dos AVEs

Os fatores de risco do AVE dividem-se em modificáveis e não modificáveis. Os fatores de risco considerados não modificáveis são aqueles em que os profissionais de saúde não podem intervir, tratar ou modificar, ao passo que os modificáveis sim. Apesar de não poder agir em linha reta sobre esses fatores, é extremamente importante o conhecimento sobre eles, pois eles elevam diretamente o risco e devem ser observados junto aos modificáveis no agravamento que o paciente possa ter e no projeto de cuidados a ser colocado em prática. Dentre eles estão: idade, sexo, raça/cor e genética/história família. Os fatores de risco modificáveis incluem hipertensão, fibrilação atrial, *Diabetes mellitus*, tabagismo e dislipidemias (CARVALHO; DEODATO,2016).

Os AVEs podem ser divididos em duas categorias: não hemorrágicos e hemorrágicos. Um AVE não hemorrágico ou isquêmico, geralmente, resulta de um dos três eventos: trombose por coágulo sanguíneo (dentro de um vaso do cérebro ou pescoço), embolia cerebral (coágulo sanguíneo ou outro material transportado para o cérebro a partir de outra parte do corpo) ou isquemia (diminuição do fluxo sanguíneo para uma área do cérebro). Enquanto um AVE hemorrágico é uma hemorragia

cerebral (ruptura de um vaso sanguíneo cerebral com sangramento para dentro do tecido cerebral ou dos espaços que circundam o cérebro). Em ambos os tipos de AVEs, o resultado é uma interrupção no suprimento sanguíneo para o cérebro, causando perda temporária ou permanente do movimento, pensamento, memória, fala ou sensação (CUNHA, 2014).

Atendimento inicial ao paciente com AVE e a Enfermagem

Os pacientes podem apresentar como sintomas de prenúncio do AVE: tontura, disartria, lapsos de memória, parestias fugazes nas extremidades e cefaleia. O coma e o torpor quando presentes, denunciam lesão direta ou indireta do tronco cerebral. Os sinais e sintomas mais comuns do AVE são: fraqueza, incoordenação ou sensação de peso em hemicorpo ou somente em um dos membros (mão, braço, perna) ou face, perda de sensibilidade, formigamento, distúrbios da linguagem, disartria, afasia, visão borrada, diplopia e cegueira monocular (CARVALHO, 2017).

O cuidado na fase aguda deve ser oportuno no tempo e efetivo para impedir a morte do tecido cerebral. É necessário um conjunto mínimo de tecnologias disponíveis no tempo correto, como a realização da tomografia computadorizada, uso da terapia trombolítica e outros suportes propiciados, em geral, por unidades especializadas. Nas últimas décadas, com o advento de

novas abordagens da fase aguda dos pacientes com AVC, a execução da terapia trombolítica e os cuidados em Unidades de Acidente Vascular Cerebral (UAVC), contribuíram com o prognóstico aos pacientes (NUNES *et al.*, 2018).

Nesse contexto, a enfermagem exerce papel fundamental na prestação de cuidados às vítimas com estas patologias nas emergências por atuar na prestação, supervisão dos cuidados e gerenciamento dos serviços, durante 24 horas, além de avaliar e classificar a gravidade dos que procuram atendimento de urgência. De modo que, a formação dos profissionais deve contar com a junção de competências técnicas, éticas e políticas pretendendo que a população acometida por agravos agudos seja acolhida em qualquer nível de atenção no sistema de saúde sendo o paciente referenciado ao devido encaminhamento em respeito às suas necessidades. A classificação de risco é uma ferramenta que auxilia o enfermeiro a assumir a função na regulação da demanda assistencial e na determinação da prioridade no atendimento desses pacientes (PEREIRA *et al.*, 2017).

Justificativa e relevância do estudo

O interesse pela temática surgiu como coordenadora de um setor de qualidade nas Unidades de Pronto Atendimento da capital do Ceará, por perceber a necessidade de se desenvolver um estudo que permitisse ampliar os conhecimentos acerca da assistência de enfermagem no

atendimento inicial ao portador de AVE, realizando, para tanto, uma exploração literária sobre o assunto, visando responder ao seguinte questionamento: quais as evidências acerca da **assistência** de enfermagem realizada no atendimento inicial ao portador de AVE?

Acreditamos que o estudo seja relevante por propiciar uma reflexão sobre a importância do atendimento inicial de enfermagem ao portador de AVE, assim como apresentar as pesquisas realizadas na área, permitindo também posteriores aprofundamentos na temática.

OBJETIVO

Revisar a literatura acerca da assistência de enfermagem no atendimento inicial ao paciente com AVE agudo.

MÉTODO

Trata-se de uma revisão integrativa de literatura, pois este estudo caracteriza-se como uma abordagem metodológica mais ampla referente às revisões, permitindo a inclusão de estudos experimentais e não experimentais para a compreensão completa do fenômeno analisado (SOARES *et al.*, 2014).

Na primeira etapa do estudo, para identificação do tema e seleção de hipóteses, utilizamos o anagrama PICO para nortear a pergunta problema, sendo P para população; I para intervenção; C para comparação e O

para o desfecho. Dessa forma, constituiu-se a indagação: “Qual a eficácia/ efetividade da assistência de enfermagem no atendimento ao portador de Acidente Vascular Encefálico Agudo?”. Tendo o P= Pessoa com AVE agudo e I= Assistência inicial de enfermagem dispensada aos pacientes com AVE, nas Unidades de Pronto atendimento, C= Não se aplica, O= Resposta dos pacientes ao atendimento prestado.

Surgindo as seguintes palavras-chave: Acidente Vascular Encefálico (stroke); Assistência primária de Enfermagem no AVE (primary patient care with AVE); Intervenções de Enfermagem (nursing interventions); Cuidado de enfermagem (nursing care); Sequelas do AVE (Sequela of stroke); Complicações pós-AVE (complications after stroke); Mortalidade no AVE (Mortality in the AVE).

Para o levantamento dos artigos na literatura, realizamos busca nas seguintes bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE) no período de março a maio de 2019.

A seleção dessas bases justifica-se em virtude da vasta disponibilização de artigos nacionais e internacionais de amplo impacto na área da saúde. Foram utilizados, para a busca dos artigos, os seguintes descritores controlados, indexados nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e Medical Subject Headings (MeSH): e suas combinações nas línguas inglesa e portuguesa. Os descritores serão entrecruzados, combinados com operadores booleanos AND a fim de refinar os estudos de acordo com o tema em questão:

Stroke AND Initial Nursing Care in stroke;
Sequela of stroke AND Initial Nursing Care in stroke;
Deficit after Encephalic Vascular Accident and Initial Nursing Interventions in Acute Encephalic Vascular Accident.

Na segunda etapa, adotamos como critérios de inclusão: artigos publicados em português e inglês, nos anos de 2013 a 2019 disponíveis gratuitamente e na íntegra que retratem a temática estudada, artigos publicados e indexados nos referidos bancos de dados. Foram excluídos os artigos que não apresentassem desenho de pesquisa bem definido, que não disponibilizasse o texto na íntegra, abordassem outros aspectos relacionados ao AVE, como: autocuidado, carta ao leitor, artigos de opinião, cuidado domiciliar, bem como os artigos que não estejam associados à temática da assistência de Enfermagem no AVE. Foram encontrados 5.814 artigos; após a delimitação dos critérios de inclusão e exclusão, foram eliminados 5.793 artigos, dos 21 artigos restantes foram incluídos na pesquisa 6 artigos.

Na terceira etapa do estudo foram definidas as informações a serem extraídas dos estudos, deste modo, a análise das informações será possível a partir da leitura na íntegra dos artigos de forma exploratória, posteriormente eles foram armazenados em um quadro contendo título do estudo, revista publicada, local de pesquisa, ano de publicação, características metodológicas (tipo de estudo), sujeitos/objetos da pesquisa, e resultados obtidos.

Para a categorização do nível de evidência (NE), optou-se pela categorização do nível de evidência (NE),

proposta por Melnyk e Fineout-Overholt (NUNES *et al.*, 2018): nível 1 – evidências procedentes de revisão sistemática ou metanálise de ensaios clínicos randomizados controlados relevantes ou originados de diretrizes clínicas baseadas em revisões sistemáticas de ensaios clínicos randomizados controlados; nível 2 – evidências obtidas de, pelo menos, um ensaio clínico randomizado controlado bem delineado; nível 3 – evidências obtidas de ensaios clínicos bem delineados sem randomização; nível 4 – evidências oriundas de estudos de coorte e de caso controle bem delineados; nível 5 – evidências originárias de revisão sistemática de estudos descritivos e qualitativos; nível 6 – evidências procedentes de um único estudo descritivo ou qualitativo; nível 7 – evidências procedentes de opinião de autoridades e/ou relatório de comitês de especialistas

Na quinta etapa, a apresentação dos resultados e discussão dos dados obtidos foi feita de forma descritiva e analítica, a partir da exploração do material, desenvolvida a partir da releitura dos textos, que culminou na construção de categorias temáticas de análise. Posteriormente, na etapa de interpretação dos resultados, foram observadas as colocações existentes sob a ótica de diferentes autores (OLIVEIRA, 2017).

A última fase consistiu na elaboração deste estudo, onde buscou-se descrever de forma clara e sistemática todas as etapas percorridas pelos autores para a elaboração da pesquisa e apresentar os principais resultados evidenciados da análise dos artigos incluídos.

RESULTADOS

Após a busca dos artigos nas bases de dados foram aplicados os critérios de inclusão e exclusão, resultando em uma mostra final de 6 artigos distribuídos nas bases de dados.

Dos artigos selecionados, quatro foram identificados na base Medline e dois na base LILACS. Desses, dois estavam publicados em periódicos relacionados a temáticas cerebrovasculares, dois em revistas de enfermagem e dois em revista de medicina. Dois artigos foram redigidos por seis enfermeiros em parceria com médicos, dois por médicos e um apenas por enfermeiros. Em uma publicação não foi possível identificar a categoria profissional dos autores.

Com relação ao delineamento metodológico, cinco artigos foram classificados como estudo descritivo e um estudo de corte. Publicações americanas foram as prevalentes com o total de 4 artigos, uma em português e uma colombiana. A língua inglesa predominou em 4 estudos. Apenas um artigo estava em espanhol e um em português. O ano de publicação prevalente foi 2017, com três, seguido por 2016, 2015 e 2013 com um estudo em cada ano.

Com base na análise dos estudos, realizou-se a caracterização dos artigos a partir dos autores, título, ano de publicação, objetivo do estudo, tipo de metodologia utilizada, população e nível de evidência. Essa caracterização está apresentada no quadro 1.

QUADRO 1 - Distribuição dos artigos científicos segundo autor, título, o ano de publicação, periódico e títulos dos artigos

Autor Título do estudo	Revista publicada	Ano	Tipo de estudo	Sujeitos do estudo	Objetivo do estudo	Nível de evidên- cia
Shradha Mainali <i>et al</i> ; Viabilidade e eficácia dos cuidados agudos dirigidos por enfermeiros	Journal of stroke & cerebro- vascular diseases	2017	Prospec- tivo des- cri- tivo.	P a c i e n t e s com AVE.	Avaliar a viabilidade de um protocolo de AVC agudo conduzido por enfermeiros usando um modelo de pro- cessamento paralelo.	6
Salvador Menéndez Ramírez Tempos de resposta pré- hospitalares em pacientes com suspeita de AVC em Bogotá durante os anos de 2013 e 2014	Acta Neuro Colomb	2017	Observa- cional des- critivo	P a c i e n t e s com AVE, que utilizavam o serviço móvel para transfe- rência.	Determinar o tempo entre a liberação da ambulância e a chegada do paciente ao serviço de emergência, nas transferências realizadas pelo público em Bogotá, durante os anos de 2013 e 2014	6
Phyo kyaw Myint Fatores importantes na previsão do resultado da mortalidade por acidente vascular cerebral	Age and ageing/ Oxford ac- ademia	2016	Coorte.	Pacientes se- quelado de AVE.	Descrever a variação regio- nal na mortalidade por AVE e características dos servi- ços que foram associados a melhores resultados após a contabilização de diferen- ças de caso-mix e fatores prognósticos individuais em uma população	4

Ana da Conceição Alves Faria <i>et al</i> ; Percurso da pessoa com acidente vascular encefálico: do evento à reabilitação	Revista brasileira de enfermagem	2017	Abordagem qualitativa e natureza exploratória-descriptiva.	Pacientes dependentes devido à Acidente Vascular Encefálico atendidos pelas Unidades da região do Vale do Ave, Portugal.	Descrever o percurso e eventos significativos da pessoa com AVE.	6
Javier D. Triana; Gina P. Becerra Tempo porta-TAC* antes e após a implantação de um protocolo de atendimento de pacientes admitidos com diagnóstico de AVC no serviço de emergência	Acta neurológica colombiana	2015	Restrospectivo descritivo.	Pacientes com AVE hipergado	Determinar o efeito da implementação de um protocolo de atendimento para pacientes com AVC hipergado na redução do tempo simples da TC a partir da admissão.	6
Jytte H. Struwe <i>et al</i> ; Como os cuidados de enfermagem p/ pacientes com AVE são organizados? Opinião dos enfermeiros sobre melhores práticas	Journal of Nursing management	2013	Descritivo qualitativo.	Pacientes internados com AVE unidades em Dinamarca e enfermeiros do serviço.	Descrever o serviço de enfermagem e as percepções dos enfermeiros sobre como organizar o tratamento do AVC.	6

Fonte: Elaborado pelas autoras

DISCUSSÃO

No que concerne aos autores, foi verificado, que os estudos acerca da assistência ao paciente em AVE agudo são realizados, principalmente, por enfermeiros, mas outros profissionais, como médicos, também constaram como autores. Isso demonstra que o cuidar, embora perpassasse por outras profissões da área de saúde, concentra-se na enfermagem como objeto de estudo e cerne da profissão e, por isso, tem-se verificado aumento nas produções de enfermagem no tocante à temática citada, visando contribuir para otimização do cuidado inicial ao paciente com AVE agudo.

Ao analisar os objetivos dos estudos detectou-se que grande parte dos autores buscou conhecer a relevância do atendimento inicial de enfermagem ao paciente com AVE agudo e sua eficácia. Para tal, utilizaram abordagens descritivas de forma predominante em estudos do tipo quantitativo que procuraram: avaliar a viabilidade de um protocolo de AVE agudo conduzido por enfermeiros, determinar o tempo entre a liberação da ambulância e a chegada do paciente com AVE agudo ao serviço de emergência, relatar a importância das ações de enfermagem no cuidado ao paciente com AVE. Nesses estudos, observou-se o uso de estatística descritiva com frequências simples e porcentagens e outras análises. Estes achados demonstram a tendência atual em desenvolver pesquisas qualitativas. As abordagens mencionadas envolvem a totalidade dos seres humanos, buscam a compreensão da experiência humana e

entendem a vida como a matriz de relações pessoa-pessoa-ambiente surgidas ao longo do cotidiano.

É válido salientar que todos os estudos investigaram a importância do atendimento inicial aos pacientes com AVE por diferentes *nuanças*, trazendo diversas abordagens focadas nas etapas de atendimento a esses pacientes desde o transporte rápido à realização de exames, a importância do atendimento de enfermagem e implementação de protocolos que propiciem otimização do processo.

As pesquisas buscaram sensibilização acerca da necessidade de atendimento precoce ao paciente com acidente vascular encefálico, visto que ele é uma das principais causas de morte e a principal causa de incapacidade a longo prazo em todo o mundo, caso não haja atendimento adequado, em tempo hábil a esses pacientes.

A evidência mostra que o tempo entre o início dos sintomas e o início do tratamento é crítico, razão pela qual a frase “o tempo é cérebro” foi cunhada: é assim que a administração de terapias de reperfusão arterial nas primeiras horas deve ocorrer. O início dos sintomas diminui a mortalidade e a morbidade, associando-se a melhores pontuações nas escalas de funcionalidade em pacientes com AVE. É assim que o tratamento precoce não depende apenas do rápido reconhecimento do paciente e da família, mas também de um sistema de resposta pré-hospitalar organizado e ágil, associado a uma intervenção oportuna dos serviços de emergência os recursos necessários para diagnóstico e tratamento (RA-

MILLE; ALDANA; VELILLA, 2017). Assim, o tempo entre o início de sintomas do AVE e o diagnóstico/tratamento é importante para a redução da mortalidade e morbidade das populações. A redução deste tempo constitui um objetivo prioritário em todos os programas de AVE, sobretudo primeiras 4,5 horas após o início dos sintomas. A trombólise pode levar à reversibilidade dos sintomas, resultando em poucas ou nenhuma sequelas, daí a sua importância. Ressaltando-se que o transporte até o serviço de urgência pela ambulância ou serviços de emergência médica é a forma mais rápida constatada (FARIA *et al.*, 2017).

Considerando tal fato por muitos pacientes necessitarem de trombólise onde um dos primeiros passos a serem tomados para atingir o objetivo do tempo de trombólise da porta ≤ 60 minutos é a criação de um grupo de acidente vascular cerebral que inclua equipe de emergência, laboratório clínico e radiologia, e que ofereça treinamento permanente a todo o pessoal da instituição hospital para aumentar a conscientização sobre a importância da identificação precoce de pacientes com déficits neurológicos agudos, considerando que a terapia citada irá otimizar as repercussões da doença nesses pacientes (MYINTI, *et al.*, 2016).

Os artigos relatam que, o tratamento agudo do AVE requer avaliação e intervenções rápidas, porém pacientes potencialmente candidatos a receber esse tipo de intervenção deixam de entrar entre a janela terapêutica, por não serem identificados oportunamente (pelo cuidador ou pelo serviço), havendo tempo de

transporte prolongado, acesso tardio às unidades de emergência, ou por não existirem protocolos destinados a priorizar pacientes em serviços de emergência. Todos eles constituem barreiras para o acesso à terapia mencionada (MAINALI *et al.*, 2017; RAMILLE; ALDANA; VELILLA, 2017).

Os estudos apontam elementos importantes para o cuidado desta parcela populacional, delineando as principais questões relacionadas ao momento gerador do evento e aos primeiros atendimentos, as quais qualificam o trabalho de enfermagem, no sentido de promoção, proteção e cuidado à saúde dessas pessoas. Esta assistência necessita de organização do cuidado para manter a continuidade sendo importante para o atendimento de boa qualidade designar enfermeiros treinados responsáveis pela coordenação do cuidado interdisciplinar. Com o objetivo de melhorar o atendimento de qualidade, esses profissionais devem implementar processos que fortaleçam a continuidade em todo o espectro de atenção e entre todas as disciplinas, outros elementos importantes incluem competências, colaboração, comprometimento (FARIA *at al.*, 2017; STRUWE *et al.*, 2103).

Houve ênfase nos artigos sobre a importância da boa qualificação do pessoal de enfermagem a qual demonstra associação a resultados positivos nos pacientes na população geral, bem como no acidente vascular encefálico, o qual, quando norteado por protocolo assertivo, orientado por enfermeiros, torna o processo viável e eficaz. Um estudo examinou o efeito das proporções do

peçoal de enfermagem sobre a mortalidade em 30 dias em pacientes com AVE internados em unidades participantes do Programa Nacional de Auditoria de AVE no Reino Unido. Eles mostraram redução significativa na mortalidade pós-AVC de 30 dias onde houve maior proporção de número de funcionários de enfermagem para 10 leitos (MYINT *et al.*, 2016; MAINALI, 2017).

Pesquisas discorreram sobre a importância da criação de sistemas de cuidados estruturados que incluem gerenciamento pré-hospitalar, protocolos de atendimento, uma vez que os pacientes entram no pronto-socorro, e certificação de hospitais para o atendimento de pacientes com acidente vascular cerebral. Havendo necessidade de criação de um grupo treinado para assistência imediata de pacientes com suspeita de AVE nos serviços, que é uma das recomendações dadas pela AHA desde 2007 com o objetivo de oportunizar redução no tempo de entrada-avaliação pela neurologia que, apesar de significativa, afasta-se do tempo estimado nas instituições (TRYANA; BECERRA, 2015; MYINTI, *et al.*, 2016).

É sabido que cuidar é finalidade do trabalho do enfermeiro, sendo eles responsáveis, junto à equipe multiprofissional, pela criação de condições que facilitem o atendimento rápido dos pacientes com AVE agudo, oportunizando boa evolução clínica e bom prognóstico. Contudo, há necessidade do fortalecimento do papel destes profissionais no tocante à educação da população sobre sinais e sintomas do AVE, uma vez que este reconhecimento pela própria pessoa, por familiares ou por

testemunhas é essencial para otimização do tratamento. E apenas cerca de 50% contacta os Serviços de Emergência Médica, estando entre as principais causas do atraso no contato para ajuda médica a falta de conhecimento dos sintomas de AVE, do reconhecimento da sua gravidade, e, também, a negação da doença e a esperança na resolução desses sintomas (FARIA *et al.*, 2017).

Assim, enfatiza-se como elencado nos estudos, além da orientação populacional sobre o tema, a integração da aquisição de treinamento integrado às habilidades específicas no atendimento inicial ao paciente com AVE, pois a prática do enfermeiro, condução adequada aos sintomas e rapidez em todas as esferas de atendimento/resgate contribuem substancialmente para melhorar os resultados para os sobreviventes de AVE.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo, diante das literaturas encontradas, mostra a importância do atendimento inicial aos indivíduos acometidos pelo AVC, evidenciado como uma das primeiras causas de mortalidade na população mundial e responsável por um elevado número de complicações. O atendimento inicial deve ser feito de forma assertiva e rápida com avaliação dos principais sinais e sintomas provenientes da doença, histórico patológico progressivo e início das manifestações, considerando a necessidade de terapias específicas (trombólise) e o risco de agravamento e irreversibilidade para o paciente.

Ao final deste trabalho é possível entender a relevância do papel da enfermagem no cuidado ao paciente com AVE, todavia, mesmo com os avanços no tratamento e cuidados ofertados a pacientes em estado de AVE, é essencial melhorar e treinar mais a equipe de enfermagem para receber, tratar e cuidar destes pacientes, otimizando suas intervenções e respostas rápidas e emergenciais.

REFERÊNCIAS

CARVALHO I. A.; DEODATO L. F. F. Fatores de risco do acidente vascular encefálico. **Revista Científica da FASETE**, 2016.2. Disponível em: https://www.fasete.edu.br/revistarios/media/revistas/2016/11/fatores_de_risco_do_acidente_vascular_encefalico.pdf. Acesso em: 10 mar. 2018.

CUNHA, M. G. T. **Cuidados de Enfermagem de Reabilitação no doente com AVC isquêmico e a demora média de internamento hospitalar**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem de Reabilitação) – Escola Superior de Saúde de Bragança, Instituto Politécnico de Bragança, 2014. Bragança, São Paulo.

FARIA, A. C. A. *et al.* Percurso da pessoa com acidente vascular encefálico: do evento à reabilitação. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 70, n. 3, mai./jun. 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0579>. Acesso em: 13 abr. 2017.

FERNANDES, N. T. **Alterações emocionais no AVC isquêmico em diferentes períodos de evolução**. Dissertação (Mestrado em Neurociências Cognitivas e Neuropsicologia) – Universidade de ALGARVE, Faculdade de Ciências Humanas e sociais. Disponível em: <https://sapientia.ualg.pt/bitstream/10400.1/9906/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20de%20Mestrado-%20Nicola%20Teixeira%20Fernandes%2020-08-2016.pdf>. Acesso em: 23 mar. 2019.

JAVIER, T. D.; BECERRA, G. P. Tempo porta-tac antes e após a implementação de uma via clínica para o atendimento de pacientes admitidos com diagnóstico de AVC isquêmico hiperagudo. **Acta Neurol. Colomb.**, Bogotá, v. 31, n. 2., abr./jun. 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.22379/2422402220>. Acesso em: 13 jun. 2019.

LIMA, T. L. **Prevenção secundária e qualidade de vida em pacientes acometidos por acidente vascular cerebral em uma região do nordeste brasileiro**. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde Coletiva) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza.

MAINALI, S. *et al.* Viabilidade e eficácia dos cuidados agudos dirigidos por enfermeiros. **Journal of stroke & Cerebrovascular diseases**. v. 5, p. 987-991, mai. 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2016.11.007>. Acesso em: 15 abr. 2019.

MYINT, P. K. *et al.* Fatores importantes na previsão do resultado da mortalidade por acidente vascular cerebral. Age and ageing. **Oxford academic.**, v. 46, ed. 1, p. 83-90, jan. 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/ageing/afw175>. Acesso em: 10 abr. 2019.

NUNES, J. P. Intervenções de enfermagem ao paciente em uso de ativador de plasminogênio tecidual recombinante: revisão integrativa. **Enfermagem revista**, v. 21, n. 2, 2018. Disponível em: <http://periodicos.pucminas.br/index.php/enfermagemrevista/article/view/18824/13935>. Acesso em: 21 jan. 2019.

RAMIREZ, S. M.; ALDANE, N. N.; VELILLA, A. P. Tempos de resposta pré-hospitalar em pacientes com AVC suspeita em Bogotá durante os anos de 2013 e 2014. **Acta Neurológia Colombiana.**, Bogotá, v. 33, n. 3, jul./set. 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.22379/24224022147>. Acesso em: 20 abr. 2019.

SOARES, C. B. **Revisão integrativa**: conceitos e métodos utilizados na enfermagem. **Revista Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v. 48, n. 2, 2014.

STRUWE, J. H.; Como os cuidados de enfermagem para pacientes com AVC são organizados? Opinião dos enfermeiros sobre as melhores práticas. **Journal Nursing Management**, v. 21, n. 1, p. 141-51, jan. 2013.

ENTENDENDO O SERVIÇO DE FARMÁCIA CLÍNICA HOSPITALAR

*Vanda Claudia Baltazar de Mesquita
Maria Helena Lima Sousa*

INTRODUÇÃO

Este estudo de investigação tem o propósito de apresentar a importância de Serviço de Farmácia Clínica no contexto hospitalar, considerando a complexidade dos serviços ofertados neste ambiente assistencial da saúde.

A base conceitual de farmácia clínica e de processos de trabalho definidos para os distintos serviços farmacêuticos são fundamentais para harmonização e gestão do trabalho, assim como para a avaliação de resultados (BRASIL, 2013), além de contribuir para sua inserção nos serviços de saúde, sua valorização e remuneração (BRASIL, 2016).

Segundo Rocha & Sousa (2017), o Serviço de Farmácia Hospitalar (SFH) configura-se como um dos maiores ordenadores de gastos com medicamentos e material médico hospitalar da assistência farmacêutica hospitalar e, quanto maior o nível de complexidade

de atendimento, maiores os gastos. Em hospitais terciários, são em torno de 40%. É importante salientar a importância do farmacêutico clínico em uma unidade hospitalar no exercício da sua função, que se torna fundamental para auxiliar no uso racional de medicamentos, onde a prevenção e redução dos eventos adversos relacionados à farmacoterapia é o foco, trazendo diretrizes estabelecidas na resolução 585 de 29 de agosto de 2013, de como prevenir, tratar, analisar e identificar um evento adverso, prestar cuidados ao paciente, otimizando a redução de danos.

Histórico

No começo do século XX, a farmácia detinha autonomia no âmbito de manipulação e formulação da maioria dos medicamentos. Com a chegada da indústria na década de 1920-1930 e propagandas maciças, favorecendo o consumo de medicamentos industrializados, a técnica de formular foi deixada de lado. Em 1940, com o advento das sulfas e antibiótico, período onde a farmácia hospitalar resolve industrializá-las, e sustentou-se, nos anos seguintes, pela necessidade contínua na supervisão do uso contínuo dos medicamentos (REIS *et al.*, 2013).

Em 1950, as Santas Casas e o Hospital das Clínicas de São Paulo começaram a se modernizar. Em 1974, foi incluído no *currículo* do curso de Farmácia da Universidade de Minas Gerais a disciplina Farmácia Hospitalar.

Em 1980, a Universidade do Rio de Janeiro oferta o primeiro Curso de Especialização de Farmácia Hospitalar. Em 1979, era instalado o primeiro serviço de farmácia clínica do Brasil, na Universidade do Rio Grande do Norte (UFRN). Em 1982, o Ministério da Educação (MEC), incentivou programas para desenvolvimento de farmácia hospitalar, sendo sua principal preocupação o crescente desenvolvimento das infecções hospitalares. Nesse momento, houve uma maior reestruturação das farmácias hospitalares e promoção de cursos de especialização. Em 1984, foi criada a primeira disciplina obrigatória no Curso de Farmácia da UFRN. Atualmente, as disciplinas já são ministradas em todas as universidades brasileiras, e os Cursos de Especialização em Farmácia Hospitalar são difundidos em massa em todo o país (ALVES,2015).

Está sedimentada a Sociedade Brasileira de Farmácia Hospitalar (SBRAF), que realiza congressos a cada biênio, para uma maior divulgação de trabalhos e serviços. Existe na Universidade Federal do Ceará, e em muitos outros estados, residência multiprofissional em Farmácia Clínica Hospitalar, para uma maior qualificação profissional. Em 2013, foi publicada a Resolução 585/2013 do CRF-Conselho Regional de Farmácia, que regulamenta as atribuições do Farmacêutico clínico.

A farmácia clínica iniciou na década de 60, nos Estados Unidos da América, em todos os níveis de atenção à saúde hospitalar, domiciliar e instituições de longa permanência, e hoje é chamada de *Pharmaceutical Care*, o farmacêutico que atua na beira do leito (MILANI; ARAÚJO; POLISELO,2018).

Considerando as disposições legais estabelecidas pela Constituição Federal e as inúmeras portarias que normatizam a profissão farmacêutica, e diante da necessidade crescente de um atendimento em todos os níveis de assistência à saúde, resolve-se regulamentar as atribuições clínicas do profissional farmacêutico, que é a Resolução do Conselho Federal de Farmácia nº 585 de 2013, delimitando os profissionais legalmente habilitados com registro no Conselho Regional de sua jurisdição, o que corresponde a direitos, responsabilidades e competências no desenvolvimento de cuidados e serviços farmacêuticos. O profissional Farmacêutico, nesses últimos anos, tem sofrido muitas pressões para acompanhar o mercado e as novas tecnologias para o bom desempenho de suas funções. As atribuições são muitas, onde visam a promoção, a proteção e a recuperação da saúde, prevenção de doenças, cuidados com a família e pacientes (BRASIL, 2013).

Atividades da Assistência Farmacêutica

As atividades da Assistência Farmacêutica são desenvolvidas com base no elenco de medicamentos selecionados. Nesse contexto, torna-se fundamental uma seleção racional de medicamentos, de maneira a proporcionar maior eficiência administrativa e uma adequada resolutividade terapêutica, além de contribuir para a racionalidade na prescrição e utilização de fármacos (MARIN, 2003).

O Serviço de Farmácia Hospitalar segue os preceitos das entidades de saúde, dos órgãos reguladores nacionais, e das políticas administrativas da instituição, podendo ser pública ou privada, onde o ambiente de trabalho deve ser salutar e eficiente (BRASIL, 2010).

O SFH está estruturado nos seguintes serviços: aquisição, armazenamento, distribuição, seleção de medicamentos, serviço de farmacotécnica, informação, gerenciamento, conjunto de serviços clínicos, ensino, pesquisa, educação permanente, gerência de riscos, dentre outros. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE FARMÁCIA HOSPITALAR, 2017).

Dos diferentes serviços clínicos farmacêuticos, no acompanhamento farmacoterapêutico, o farmacêutico deve proceder ao acompanhamento de pacientes internados ou não, em estabelecimentos hospitalares ou ambulatoriais, de natureza pública ou privada (BRASIL, 2014).

Os problemas que podem comprometer o sucesso terapêutico são: falta de adesão ao tratamento; administração de dose por conta própria; e associação de medicamentos com a automedicação. Essas práticas podem causar: falta de resposta ao tratamento; reações adversas; efeitos inesperados; interações e intoxicações medicamentosas; e problemas de saúde. Esse acompanhamento é feito por um farmacêutico com consultas periódicas, monitorando os resultados, identificando problemas relacionados ao uso de medicamentos (SILVA, 2018).

Acompanhamento farmacoterapêutico

O acompanhamento farmacoterapêutico divide-se em quatro etapas: na primeira etapa, há a coleta dos dados, uso de medicamentos, conhece-se as necessidades e a rotina, e avalia-se os medicamentos prescritos da última consulta. Na segunda etapa, a partir das informações, são identificados os problemas relacionados a medicamentos e é traçado um plano de cuidados. Essas informações deverão ser documentadas. A terceira etapa é a apresentação do plano ao paciente sobre o uso correto dos medicamentos e as possíveis reações e interações medicamentosas, se não usar corretamente os medicamentos. A quarta etapa é o acompanhamento e a avaliação dos resultados. É importante que o paciente faça a adesão plena desses cuidados, incorporando em sua vida o uso correto dos medicamentos, e que trabalhe junto com o médico as intervenções sugeridas e que essas orientações prestadas sejam registradas por escrito, para que não confunda o paciente (BRASIL, 2015; RESENDE, 2016).

O farmacêutico clínico, em nível de âmbito comercial e hospitalar, atua diretamente no uso racional de medicamentos. Este é o processo pelo qual os pacientes recebem medicamentos apropriados para suas necessidades clínicas, em doses adequadas às suas características individuais, pelo período de tempo adequado e ao menor custo possível, para si e para a sociedade, onde se disciplina a prescrição, dispensação e o consumo (BRASIL, 2005; BRASIL, 2013).

Aperfeiçoamento da farmacoterapia corresponde ao processo pelo qual se obtém os melhores resultados

possíveis da farmacoterapia do paciente, considerando suas necessidades individuais, expectativas, condições de saúde, contexto cultural e determinantes de saúde (BECKER; BUENO,2018).

Análise das prescrições

A análise de prescrição é um processo de escolha e indicação de uma terapêutica adequada a um paciente, seguindo os dispositivos legais da Lei 5.991/73. Deve ser legível ser composta por nome completo do paciente, medicamentos, modo de usar e a frequência de uso, obedecendo a segurança do paciente. Não deve conter abreviaturas (BRASIL, 1973). O farmacêutico deve fazer uma avaliação simplificada e uma completa e depois aviar. Nesse aviamento deve constar correção ou execução. O passo seguinte é a análise de interação medicamentosa - IMM, e proceder à avaliação crítica das IMM, desejadas, indesejadas, efeitos desconhecidos. Deve acompanhar também as IMM importantes e respeitar os hábitos dos pacientes. Como avaliar? Onde avaliar? Por onde começar? Muitas vezes essa análise é negligenciada, e ela é de grande importância clínica, de fácil intervenção e adaptação. Deve-se respeitar os hábitos dos pacientes, fazer um *link* com o serviço de nutrição, onde existem medicamentos como: captopril, varfarina, omeprazol e antimicrobianos.

Ajuste da dose do medicamento

Outra atribuição é a realização da análise e ajuste da dose do medicamento, onde se deve fazer análise individualizada, checar as condições do metabolismo do paciente, fazer ajustes necessários no caso de hepatopatas, nefropatas, obesos, idosos e crianças; observar o risco de sobredose e subdose; e observar o monitoramento laboratorial para o baixo índice terapêutico (lítio, digoxina, tacrolimus, vancomicina).

Um dos erros mais difíceis de prevenir é a análise de via, inclusive por métodos tecnológicos; ter cuidado com os excipientes; uso de sondas; preferir a via oral, vantagens e riscos das vias subcutânea, intramuscular, intratecal, hipodermoclise.

Uma das principais portarias onde se aborda a administração de medicamentos é a Portaria 344/98, que regulamenta: as orientações medicamentosas em altas hospitalares; dispensação apenas no horário de dispensação; cuidados especiais com o risco de desvios; monitorização com os indutores do sono, evitando o risco de quedas; cuidados com os opioides; risco de constipação; e orientação quanto às reações esperadas, como vômitos e pruridos (BRASIL, 1998).

A temática da segurança do paciente, necessária mundialmente, junto do avanço das tecnologias em saúde e aumento da complexidade e cronicidade das doenças, com os recursos escassos para a saúde pública, tem cada vez mais exigido dos gestores um serviço efetivo e seguro para os indivíduos, com a intenção de

evitar danos e prejuízos. Nas instituições de saúde, havendo recursos mínimos para o gerenciamento desses serviços, é um grande desafio promover a qualidade do cuidado, assim como sensibilizar gestores e profissionais de saúde para a prática da segurança do paciente, e envolver os pacientes e cuidadores (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2004).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Serviço de Farmácia hospitalar mostra-se relevante por caracterizar-se complexo diante de inúmeras atribuições do profissional farmacêutico, além de toda logística de aquisição e garantia do acesso.

O Serviço de Farmácia Clínica centraliza o cuidado diretamente ao paciente a beira-leito. Baseado nisso, torna-se necessário que o profissional farmacêutico obtenha maior qualificação, com habilidades para desenvolver atividades com equipe multiprofissional, pacientes e comunidade, sendo o foco o cuidado centrado no paciente e a segurança deles, realizando intervenções que venham minimizando os riscos aos quais os pacientes estão expostos com medicamentos e insumos. Dessa forma, é de grande valia que o farmacêutico, em suas atribuições, adeque o uso do conhecimento científico, tecnologia, humanização e qualidade nos processos, garantindo, assim, a integralidade do cuidado.

REFERÊNCIAS

ALVES, G. **Farmácia hospitalar no Brasil**: evolução, conceito e atribuições. [S.l.]: Farmácia hospitalar, 2015. Disponível em <http://www.farmaciahospitalar.com/?p=1055>. Acesso em: 15 jun. 2019.

BECKER, G.C.; BUENO, D. Intervenções farmacêuticas em prescrições pediátricas: uma revisão narrativa. **Clinical&Biomedical**, Porto Alegre, v. 38, n. 4, p. 396-402, ago. 2018.

BRASIL. Lei nº 5.991, de 17 de dezembro de 1973. Dispõe sobre o Controle Sanitário do Comércio de Drogas, Medicamentos, Insumos Farmacêuticos e Correlatos, e dá outras Providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 17 dez. 1973. Seção 1, p. 764. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l5991.htm. Acesso em: 16 jun. 2019.

BRASIL. Lei nº 13.021, de agosto de 2014. Dispõe sobre o exercício e a fiscalização das atividades farmacêuticas. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 11 ago. 2014. Seção 1, p. 4. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2014/Lei/L13021.htm. Acesso em: 12 jun. 2019.

BRASIL. Conselho Federal de Farmácia. **Código de ética da profissão farmacêutica**: resoluções do CFF nº 417, 418/2004 e 431/2005. Brasília: CFF, 2005.

BRASIL. Conselho Federal de Farmácia. Resolução nº 585, de 29 de agosto de 2013. Regulamenta as atribuições clínicas do farmacêutico e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 29 ago. 2013. Seção 1, p. 957. Disponível em: <http://www.cff.org.br/userfiles/file/resolucoes/585.pdf>. Acesso em: 15 jun. 2019.

BRASIL. Conselho Federal de Farmácia. Resolução nº 610, de 20 de março de 2015. Dispõe sobre as atribuições do farmacêutico na farmácia universitária e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 22 mar. 2015. Seção 1, p. 78. Disponível em: <http://www.cff.org.br/userfiles/file/resolucoes/610.pdf>. Acesso em: 13 jun. 2019.

BRASIL. Conselho Federal de Farmácia. **Serviços farmacêuticos diretamente destinados ao paciente, à família e à comunidade:** contextualização e arcabouço conceitual. Brasília: CFF, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 344, 12 de maio de 1998. Aprova o regulamento técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 13 maio 1998. Seção 1, p. 214. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/svs/1998/prt0344_12_05_1998_rep.html. Acesso em: 14 jun. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.283, de 30 de dezembro de 2010. Aprova as diretrizes e estratégias para organização, fortalecimento e aprimoramento das ações e serviços de farmácia no âmbito dos hospitais. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 30 dez. 2010. Seção 1, p. 74. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4283_30_12_2010.html. Acesso em: 11 jun. 2019.

MARIN, N. *et al.* **Assistência farmacêutica para gerentes municipais.** Rio de Janeiro: OPAS-OMS, 2003.

MILANI, A. C.; ARAÚJO, E. O.; POLISELO, C. G. Pharmacotherapeutic problems and pharmaceutical interventions in critical hospitalized patients. **Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 42, n. 2, p. 369-392, fev. 2018.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Aliança mundial para a segurança do paciente.** Genebra: OMS, 2004.

REIS, W. C. T. *et al.* Análise das intervenções de farmacêuticos clínicos em um hospital de ensino terciário do Brasil. **Einstein**, São Paulo, v. 11, n. 2, p. 96-107, jun. 2013.

RESENDE, L.C. Implantação do serviço de acompanhamento farmacoterapêutico em uma unidade de atenção primária à saúde de betim: experiência do projeto dia a dia. **Experiências exitosas de farmacêuticos no SUS**, Brasília, v. 4, n. 4, p. 40-49, jan. 2016.

RICIERI, Marinei Campos. **Farmácia clínica:** experiência do hospital pequeno príncipe. Curitiba: HPP, 2018. Disponível em: <http://www.>

escoladesaude.pr.gov.br/arquivos/File/Aula_ESPP_Farmacia_Clinica_HPP_Final.pdf. Acesso em: 20 jun. 2019.

ROCHA, M.L.A.F.; SOUSA, H.L. Assistência farmacêutica em hospital terciário: construção e validação de um mapeamento de indicadores da farmácia satélite hospitalar. In: JORGE, M.S.B.; LEITÃO, I.M.T.A. (Orgs.). **Gestão em saúde e sua interlocução com as ferramentas do mes-trado profissional**: reflexões, tecnologias, métodos, construção e validação. Fortaleza: EdUECE, 2017. cap. 15, p. 307-317.

SILVA, A. C. *et al.* Acompanhamento farmacoterapêutico em unidade de terapia intensiva respiratória. **Einstein**, São Paulo, v. 16, n. 2, p. 412-421, fev. 2018.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE FARMÁCIA HOSPITALAR. **Padrões mínimos para farmácia hospital**. São Paulo: SBRAFH, 2017.

A GESTÃO DO CUIDADO EM ENFERMAGEM NOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

*Francisco Diones Araújo Rodrigues
Mardênia Gomes Vasconcelos Pitombeira*

INTRODUÇÃO

Desde o surgimento da institucionalização da psiquiatria, foi atribuído aos hospitais psiquiátricos a incumbência de retirar da sociedade os indivíduos com sofrimento mental, fundamentados no propósito de restituir e reabilitar os doentes a dinâmicas sociais mais democráticas, todavia o que se observava nos hospitais psiquiátricos eram práticas indignas e desumanas aplicadas às péssimas condições estruturais, precárias possibilidades terapêuticas que só fomentavam a marginalização, estigmas e preconceitos e falta de políticas favoráveis provenientes das esferas de gestão em saúde (SILVA, SIMPSON E DANTAS, 2014).

A enfermagem nesse contexto foi concedida a função de doutrinar, corrigir, confinar e reprimir as pessoas com doença mental. A vigilância, observação e controle do comportamento, por meio de medidas de

contenção física, alimentação, higiene e sinais vitais se configuraram como as principais práticas da assistência de enfermagem no modelo hospitalocêntrico (BOTTI, 2007).

Na década de 80 surgiu um projeto coletivo que produziu um novo modelo de atenção e gestão do cuidado na saúde mental, a Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB) (BRASIL, 2013). No seu processo ocorreu a abertura de novos serviços comunitários de saúde mental com oferta de cuidado em liberdade, tendo como principal serviço substitutivo ao hospital psiquiátrico os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).

Os CAPS são apontados como o principal serviço estratégico para ordenação de uma rede de cuidados em saúde mental em um determinado território e para a efetivação da Reforma Psiquiátrica brasileira. (LIMA, LIMA E MARQUES, 2017). Estão pautados na lógica psicossocial do tratamento humanizado, devem respeitar a individualidade, promover a autonomia, empoderamento e reinserção social dos sujeitos.

A gestão do cuidado em saúde se configura como o fornecimento ou a disponibilização das tecnologias de saúde, segundo as particularidades de cada indivíduo, nos seus variados momentos de vida, buscando seu bem-estar, segurança e autonomia para seguir com uma vida feliz e produtiva, realiza-se em múltiplas dimensões, sendo elas: individual, familiar, profissional, organizacional, sistêmica e societária e cada uma delas apresenta particularidades para fins de intervenção, reflexão e pesquisa (CECÍLIO, 2011).

Segundo Soares (2015), quando os processos de gestão do cuidado não são definidos de forma rotineira e sistemática, impactam propriamente na organização do serviço e nos processos de trabalho, fragmentando a assistência, centralizando as decisões e gerando a falta de compreensão das práticas.

Apesar das mudanças e dos avanços alcançados na gestão e na assistência à saúde mental no Brasil, ainda existem diversos entraves para a efetivação da RPB. Dentre elas podemos citar as precárias estruturas dos serviços, desqualificação e desmotivação dos profissionais e a cultura manicomial enraizada no imaginário da sociedade, tais questões que dificultam a gestão do cuidado em saúde mental (LIMA, LIMA e MARQUES, 2017). Diante do exposto, este capítulo assume como pergunta-problema: como se desenvolve a gestão do cuidado em saúde mental pelos enfermeiros nos Centros de Atenção Psicossocial?

A dimensão profissional do cuidado é aquela que acontece no encontro entre usuários e profissional, é o cerne da micropolítica em saúde no território, é um encontro particular que na sua maneira típica, acontece em lugar protegido, desta forma, longe de qualquer olhar externo de controle (CECÍLIO, 2011).

Dessa forma, o presente estudo tem como objetivo analisar a produção científica existente sobre a gestão do cuidado em saúde mental nos Centros de Atenção Psicossocial na dimensão profissional do cuidado das práxis dos enfermeiros.

METODOLOGIA

O presente estudo trata-se de uma revisão narrativa da literatura. Revisões narrativas são produções amplas e adequadas para retratar e debater o desenvolvimento ou o “estado da arte” de um determinado tema, sob a óptica teórica ou conceitual, fundam, essencialmente, da análise da literatura publicada na interpretação e no diagnóstico crítico pessoal do autor (SALLUM, GARCIA e SANCHES 2012). As revisões narrativas têm a função de conceder e colaborar ao leitor a atualização e a aquisição de conhecimento e contribuir no debate de determinado tema, em curto espaço de tempo (ROTHER, 2007).

A busca dos estudos ocorreu por meio do método integrado na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), sendo usada diferentes estratégias por meio de três descritores: enfermeiro, serviços de saúde mental e cuidado, eles foram identificados nos Descritores Ciência da Saúde (DeCS) e utilizados juntamente com o conector AND. A procura ocorreu de abril a junho de 2019. Após a busca foi realizada uma leitura prévia dos resumos dos trabalhos, onde foram selecionados 15 artigos em pesquisa de campo. A seguir, procedeu-se a leitura dos textos completos e foram descartados sete artigos por não se adequarem ao proposto no estudo. O *corpus* de análise incluiu oito textos científicos.

Estabeleceu-se como critério de inclusão: trabalhos publicados na íntegra, disponíveis gratuitamente, pesquisas na língua portuguesa, estudos realizados em investigação de campo que abordem a práxis da ges-

tão do cuidado por enfermeiros nos CAPS e pesquisas publicadas sobre a temática a partir de 2001, ano de publicação da Lei 10.216, de 16 de abril de 2001, ela redefina o modelo de gestão das práticas de cuidado em saúde mental e legitima a reforma psiquiátrica no Brasil (BRASIL, 2001). Foram excluídos dissertações, teses, monografias e documentos oficiais.

Para a apresentação da síntese da análise dos artigos escolhidos, organizou-se um quadro com a descrição dos seguintes tópicos: autor/ano, título, objetivos e resultados, que foram analisados pela análise de conteúdo.

RESULTADOS

Utilizou-se o referencial teórico a respeito do processo de gestão do cuidado realizado pelos enfermeiros nos Centros de Atenção Psicossocial – CAPS. Buscou-se, em cada artigo, a identificação dos pressupostos desses referenciais quanto às práxis dos enfermeiros embasados no modelo psicossocial e com características manicomialis e a relação dessas práticas com a gestão do cuidado.

Quadro 1 - Análise do processo de gestão

AUTOR/ ANO	TÍTULO	OBJETIVOS	RESULTADOS
ROCHA, R.M. (2005)	O enfermeiro na equipe interdisciplinar do centro de atenção psicossocial e as possibilidades de cuidar.	Aprofundar os conhecimentos sobre a inserção do enfermeiro na equipe interdisciplinar do Centro de Atenção Psicossocial.	A identidade profissional e a importância dos enfermeiros nos CAPS é reconhecida pelos outros membros da equipe pelo seu conhecimento profissionais em situações clínicas, sendo identificado dificuldades no trabalho interdisciplinar, esse sendo um dos aspectos que mais caracteriza o trabalho nos CAPS.
KANTOR- SKI, L.P; MIELKE F.B; JÚNIOR S.T. (2008)	O trabalho do enfermeiro nos centros de atenção psicossocial.	Identificar o perfil dos enfermeiros que trabalham em CAPS numa determinada região e as atividades por eles executadas e supervisionadas no cotidiano desses centros	Os enfermeiros, no seu processo de trabalho, estão desenvolvendo práticas mais coletivas e terapêuticas, dentre elas podemos citar: grupos, oficinas, assembleias, reuniões de equipe, atividades de lazer, que estão pautados no modelo de atenção psicossocial.
OLIVEIRA, F.B; SILVA, K.M.D; SILVA, J.C.C. (2009)	Percepção sobre a prática de enfermagem em centros de atenção psicossocial.	Conhecer a prática cotidiana dos enfermeiros em centros de atenção psicossocial, a partir da percepção dos demais profissionais da equipe.	O primeiro contato com os usuários é realizado pelos enfermeiros, a ênfase é dada para o sofrimento psicossocial, as pessoas e suas fragilidades e não as doenças, desta forma ocorre um acolhimento adequado dos usuários e criação de vínculos. Ainda foi identificado que os enfermeiros são o elo de ligação entre os usuários e os profissionais da equipe. O enfermeiro é identificado como categoria profissional de referência para os usuários e os outros profissionais do serviço. Foi observado que os enfermeiros conhecem e adotam a Reforma Psiquiátrica em suas práticas. As atividades desenvolvidas vão para além da higiene, alimentação e administração de medicamentos, destacando-se: palestras, grupos, participação em eventos, supervisão dos agentes de enfermagem, orientações diversas, participação em reuniões, visitas domiciliares e triagem.

KANTORSKI, L.P.; HYPOLITO, A.M.; WILLRICH, J.Q. <i>et al.</i> (2010)	A atuação do enfermeiro nos centros de atenção psicossocial à luz do modo psicossocial.	Analisar as ações desenvolvidas pelos enfermeiros no seu cotidiano de atuação em CAPS, especificamente com relação aos meios de trabalho, com base nos princípios do modo psicossocial.	As atividades desenvolvidas pelos enfermeiros no cotidiano do trabalho no CAPS foram: atividades de socialização, visitas domiciliares, acompanhamento de consultas, coordenação dos CAPS, participação em assembleias, coordenação de grupos e oficinas terapêuticas, acolhimento, observação de usuários, treinamento dos agentes de enfermagem, atividades burocráticas, cuidados de higiene dos usuários e supervisão e administração de medicamentos. Algumas destas atividades necessitam ser ressignificadas no modelo de atenção psicossocial, outras já são construídas pelos enfermeiros no modo psicossocial.
DIAS, C.B.; SILVA, A.L.A. (2010)	O perfil e a atuação profissional da(o) enfermeira (o) no centro de atenção psicossocial.	Caracterizar o perfil profissional do agente de enfermagem de nível superior que trabalha no CAPS e verificar as ações desse profissional no atual modelo de assistência à saúde mental.	Foi identificado que as atividades dos enfermeiros têm caráter administrativo e assistencial, na primeira foram citados: controle de medicação e do estoque de farmácia, orientação e supervisão da equipe de enfermagem, construção da escala, discussão com a equipe do CAPS e ajuda na direção do serviço, nas atividades assistenciais foi relatada a realização de exames, cuidados de alimentação e higiene, visitas domiciliares, consulta de enfermagem, acolhimento e grupos terapêuticos. Os enfermeiros entrevistados conhecem a reforma psiquiátrica e seus objetivos.
SILVEIRA, L.C.; AGUIAR, D.T.; PALÁCIO, P.D.B. (2011)	A Clínica de enfermagem em saúde mental.	Analisar a prática clínica desenvolvida pelos enfermeiros em saúde mental nos CAPS, identificando as bases teóricas que a norteiam.	Os resultados demonstraram que uma parte dos enfermeiros desenvolvem suas ações pautadas no modelo biomédico de atenção, caracterizados pela realização de curativo, administração de medicamentos e cuidados de higiene. Citaram como ferramenta de trabalho a escuta no acolhimento, esta faz parte das ferramentas de trabalho do modelo psicossocial, entretanto ela não é entendida pelos enfermeiros como uma ferramenta de intervenção terapêutica. Foi citada ainda a consulta de enfermagem em saúde mental, porém ela não é entendida pela categoria, sendo confundida com a triagem que pode ser realizada por todos os membros da equipe interdisciplinar.

<p>VARGAS, D.; DUARTE, F.A.B. (2011)</p>	<p>Enfermeiros dos Centros de Atenção Psicossocial em Álcool e Drogas (CAPS AD): a formação e a busca pelo conhecimento específico da área.</p>	<p>Identificar a formação em dependência química e as fontes de conhecimento utilizadas por enfermeiros que atuam nos centros de atenção psicossocial em álcool e outras drogas da cidade de São Paulo.</p>	<p>Foi identificado pouco preparo e conhecimento dos enfermeiros para o trabalho em CAPS AD, as estratégias de aprendizagem são através de leituras, capacitações e troca de experiência com outros profissionais.</p>
<p>BRANDÃO, T.M.; BRÉNDIA, M.Z.; NASCIMENTO, Y.C.M.L. (2016)</p>	<p>A práxis do enfermeiro na Atenção Psicossocial: vulnerabilidade e potencialidades.</p>	<p>Investigar a práxis do enfermeiro e as potencialidades e vulnerabilidades para essas práxis em centros de Atenção Psicossocial (CAPS)</p>	<p>O estudo identificou que as principais atividades desenvolvidas pelos enfermeiros foram: acolhimento, visitas domiciliares, administração de medicamentos, atendimento individual, ações de educação em saúde, oficinas terapêuticas. Apenas esta última é referenciada como planejada antes da sua realização. As atividades são desenvolvidas pautadas no modelo psicossocial de forma interdisciplinar, mesmo não existindo qualificação.</p>

Fonte: Elaborado pelos autores.

DISCUSSÃO

As publicações que descrevem os processos de trabalho dos enfermeiros no CAPS mostram-se bastante variado, os mesmos exercem a função de enfermeiro assistencial prestando cuidados diretos de enfermagem aos usuários, e administrativo no gerenciamento da equipe de enfermagem e respondendo por atividades de coordenador dos serviços (DIAS e SILVA 2010).

As práxis verificadas pelos enfermeiros nos CAPS podem ser descritas de duas formas: aquelas com traços do modelo asilar e as pautadas no modelo de atenção psicossocial que valoriza a escuta e consideram a subjetividade e singularidade dos sujeitos (KANTORSKI *et al.*, 2010).

As práticas identificadas com herança manicomial foram: administração e supervisão de medicamentos, cuidados de higiene e alimentação, execução de exames, realização de curativo e treinamento de pessoal da enfermagem (BRANDÃO *et al.*, 2016; DIAS e SILVA, 2010; KANTORSKI *et al.*, 2010; OLIVEIRA *et al.*, 2009; SILVEIRA *et al.*, 2011).

Algumas das práticas com traços do modelo asilar, desenvolvidas pelos enfermeiros, podem ser explicadas devido à falta de qualificação do profissional enfermeiro para o trabalho em saúde mental e em razão da herança da assistência psiquiátrica pautada no modelo médico hospitalocêntrico.

A atuação da enfermagem com foco em práticas voltadas apenas para o âmbito biológico, justifica-se pela abordagem tradicionalmente hospitalar que é

ofertada durante a graduação que, predominantemente, enfatiza o adoecer e a pouca importância dada para a formação profissional, no que concerne a atenção psicossocial, o conhecimento adquirido ao final do curso, mostra-se insatisfatório para o desenvolvimento de atividades assistenciais designadas ao trabalho no CAPS (SILVEIRA *et al.*, 2011; AVELINO, SILVA E COSTA, 2014; JÚNIOR e OTANI, 2011).

Em estudo realizado por Siniak (2013), que relata a experiência de estagiários de enfermagem na Rede de Atenção Psicossocial, descreve que os estudantes tinham dificuldades de interagir e se locomover pelos espaços, de compreender o serviço, principalmente no tocante à proposta de trabalhar dentro da perspectiva da vontade do sujeito, da redução de danos e da construção de planos terapêuticos integrados que valorizam o papel da equipe multiprofissional.

Fica, então, evidente a necessidade de reconfigurar determinadas atividades do enfermeiro em saúde mental, que devem ser incentivadas desde a graduação em espaços que promovam uma atenção biopsicossocial.

Os estudos descreveram práxis construídas ao modo psicossocial, tais como: oficinas e grupos terapêuticos, educação em saúde, atendimento individual, visitas domiciliares, acolhimentos, consulta de enfermagem, triagem, oficinas de geração de renda, supervisão da equipe de enfermagem, participação de grupo de discussão com equipe multiprofissional, condução de assembleias e reuniões, participação em atividades de lazer e socialização, coordenação do serviço (BRANDÃO *et al.*, 2016; DIAS

e SILVA, 2010; KANTORSKI *et al.*, 2008; KANTORSKI *et al.*, 2010; OLIVEIRA *et al.*, 2009; SILVEIRA *et al.*, 2011).

Tais práticas são desenvolvidas com base no modelo de atenção psicossocial e são reconhecidas como ferramentas que potencializam a assistência centrada no sujeito, no fortalecimento de vínculos, na escuta qualificada e servem de elo entre os profissionais enfermeiros e os usuários dos CAPS.

O modelo de atenção psicossocial foi pensado com o intuito de garantir, nos espaços de produção de saúde mental, mudanças nos processos de trabalho, inovação do cuidado, fortalecimento do trabalho multiprofissional, da intersectorialidade e o rompimento de práticas com características assistenciais manicomialis (LIMA, LIMA E MARQUES, 2017; KANTORSKI, 2008).

Aos usuários dos serviços, estima-se a reconstrução da cidadania, implicação na autopercepção, consciência dos processos do adoecer, empoderamento e emancipação social, autocuidado, autonomia, protagonismo, reinserção social, direitos nas decisões do tratamento e criação de sentimentos de pertencimento.

Entretanto, por mais que a maioria das atividades dos enfermeiros estejam pautadas no modelo psicossocial, alguns enfermeiros não compreendem a consulta de enfermagem em saúde mental, desconhecem qual é o seu papel junto à equipe interdisciplinar do CAPS, a função dos outros membros desta equipe multiprofissional e percebem certas atividades comuns a todas as categorias profissionais como distantes das competências da sua profissão (SILVEIRA *et al.*, 2011; SOARES *et al.*, 2011; DIAS E SILVA, 2010).

Diversos são os fatores que corroboram para isto, entre eles pode-se citar a formação insuficiente na perspectiva posta ao modelo de atenção psicossocial ofertada nas escolas de enfermagem, levando à falta de compreensão da divisão social do trabalho em equipes multiprofissionais, sobre o que é privativo do enfermeiro e o que pode ser feito por todos os membros de forma colaborativa e compartilhada nos serviços de saúde mental.

Outrossim, sentem-se despreparados e inseguros para desenvolverem o trabalho nos CAPS, alguns não possuem especialização na área de saúde mental e começaram a trabalhar nos CAPS por acaso, pois não tinham interesse de ingressar nestes serviços e só o fizeram devido à falta de oportunidade ou por comodidade (BRANDÃO, BRENA E NASCIMENTO, 2016; DIAS E SILVA, 2010; AVELINO, SILVA E COST 2014).

Frente análise dos estudos levantados, somente no de Brandão *et al* (2016) foi percebido que as práticas dos enfermeiros eram programadas e planejadas antes de sua realização, isso evidencia a falta de gestão do cuidado na dimensão profissional pelos enfermeiros dos centros de atenção psicossocial.

As práticas dos enfermeiros que trabalham nos CAPS não podem ser individualizadas, engessadas e aleatórias é necessário um planejamento prévio para sua realização e, nesse processo, é fundamental a utilização de ferramentas de gestão que proporcionem conhecer o território, a efetividade dos serviços ofertados e os condicionantes e determinantes da saúde, garantindo fundamentação para construir agendas de cuidado de forma

programada e planejada com proposições de cuidados que realmente atendam às necessidades da população.

A gestão do cuidado em enfermagem deve ser compreendida como a cerne do exercício profissional do enfermeiro, sustentada em seu cumprimento como a ciência do cuidar, por meio de atividades de planejamento, organização e controle da oferta de cuidados, adequados, protegidos e integrais, a fim de propiciar a continuidade do cuidado (MORORÓ *et al.*, 2017).

Segundo Lima (2017), é fundamental para gestores e a equipe assistencial multidisciplinar compreender as particularidades epidemiológicas *loco* regionais da rede de atenção psicossocial, os recursos, a dinâmica, as fragilidades e as potencialidades. Assim, os enfermeiros dos CAPS precisam tomar para si a função de gestor de suas práxis. Para isso, a ampliação do entendimento sobre gestão do cuidado na saúde mental e o conhecimento e uso de ferramentas de gestão é essencial a fim de que ocorram mudanças na qualificação da assistência de enfermagem ofertada nos CAPS.

Nesse sentido, o enfermeiro deve estruturar e sistematizar no seu processo de trabalho para além da clínica, ou seja, inserir práticas coletivas e terapêuticas, de forma intersetorial e interdisciplinar, a fim de promover e garantir uma assistência de qualidade e integral, buscando a lógica do rompimento da assistência de enfermagem pautadas no modelo médico hospitalocêntrico, centrado nas doenças.

Evidencia-se que as práticas do enfermeiro na saúde mental estão em processo de construção, à medida

que se distancia de práticas assistenciais com características manicomial, fortalece suas ações no modelo de atenção psicossocial, entretanto, percebe-se a fragilidade da gestão do cuidado de enfermagem na saúde mental, necessária para a oferta de uma assistência integral aos usuários com sofrimento mental acompanhados nos CAPS.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo vai além de identificar as atividades dos enfermeiros nos centros de atenção psicossocial, revelou que as práxis estão em processo contínuo de mudanças e consolidando-se ao modo psicossocial do cuidado, porém fica evidente a fragilidade da gestão do cuidado em saúde mental na dimensão profissional do núcleo de enfermagem, assim sugere-se estudos sobre a temática por se tratar de um assunto em progresso na saúde mental e voltado para a enfermagem.

Finalizando, os enfermeiros ainda têm que superar muitos limites no processo de gestão do cuidado na dimensão profissional, tornando-se imprescindível a organização dos processos de trabalho em função da produção do cuidado. Redirecionar o cuidado pautado no uso de ferramentas de gestão, de forma programada e planejada, possibilita a construção de novas práticas, sustentadas a partir do compromisso, do comprometimento e da implicação. Tais práticas pressupõem, sem dúvida, que cuidar da saúde de alguém é mais que

construir objeto e intervir sobre ele, é na verdade ser capaz de acolher, dialogar, exercitar a capacidade crítica, transformar criativamente os modos de ver, sentir e pensar, já estabelecidos.

REFERÊNCIAS

AVELINO, D. C.; SILVA, P. M. C.; COSTA, L. F. P. Trabalho de enfermagem no centro de atenção psicossocial: estresse e estratégia de coping. **Rev. Enferm. UFSM**, v. 4, n. 4, p. 718-726, 2014.

BOTTI, N. C. L. Uma viagem na história da enfermagem psiquiátrica no início do século XX. **Esc. Anna Nery R Enferm.**, v. 10, n. 4, p. 725-9, dez. 2007.

BRANDÃO, T. M.; BRÊNDA, M. Z.; NASCIMENTO, Y. C. M. L. A práxis do enfermeiro na atenção psicossocial: vulnerabilidades e potencialidades presentes. **Rev. Enferm. UFPE**, v. 10, supl. 6, p. 4766-77, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei 10.216, de 06 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde Mental / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Cadernos de Atenção Básica**, n. 34. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 176 p.: il.

CECICILO, L. C. O. Apontamentos teóricos-conceituais sobre processos avaliativos considerando as múltiplas dimensões da gestão do cuidado em saúde. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação (Botucatu)**. v. 15, p. 589-599, 2011.

DIAS, C. B.; SILVA, A. L. A. O perfil e a ação profissional da(o) enfermeira(o) no centro de atenção psicossocial. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 44, n. 2, p. 469-75, 2010.

JÚNIOR, A. C. S.; OTANI, M. A. P. O ensino da enfermagem psiquiátrica e saúde mental no currículo por competência. **Rev. Min. Enferm.**, v. 15, n. 4, p. 539-545, 2011.

KANTORSKI, L. P.; HYPOLITO, A. M.; WILLRICH, J. Q. *et al.* A atuação do enfermeiro nos centros de atenção psicossocial à luz do modo psicossocial. **Rev. Min. Enferm.**, v. 14, n. 3, p. 399-407, 2010.

KANTORSKI, L. P.; MIELKE, F. B.; JÚNIOR S. T. O trabalho do enfermeiro nos centros de atenção psicossocial. **Trab. Educ. Saúde**. v. 6, n. 1, p. 87-105, 2008.

LIMA, I. C. S.; LIMA, S. B. A; MARQUES, A. D. B. Desafios e avanços do processo de gestão de um centro de atenção psicossocial de um município do interior do nordeste brasileiro. **Rev. Fund. Care Online**, v. 9, n. 2, p. 408-415, abr./jun. 2017.

MORORÓ, D. D. S.; ENDERS, B. C.; LIRA, A. L. B. C. *et al.* Análise conceitual da gestão do cuidado em enfermagem no âmbito hospitalar. **Acta Paul. Enferm.**, v. 30, n. 3, p. 323-32, 2017.

OLIVEIRA, F. B.; SILVA, K. M. D.; SILVA, J. C. C. Percepção sobre a prática de enfermagem em Centros de Atenção Psicossocial. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre (RS), v. 30, n. 4, p. 692-9, dez. 2009.

ROCHA, R. M. O enfermeiro na equipe interdisciplinar do Centro de Atenção Psicossocial e as possibilidades de cuidar. **Texto Contexto Enferm.**, v. 14, n. 3, p. 350-7, jul.-set. 2005.

ROTHER, E. T. Revisão sistemática X revisão narrativa. **Acta Paul. Enferm.**, v. 20, n. 2, 2007.

SILVA, F. S.; SIMPSON, C. A.; DANTAS, R. C. Reforma psiquiátrica em Natal – RN: evolução histórica e os desafios da assistência de enfermagem. **Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog.**, v. 10, n. 2, p. 101-9, 2014.

SILVEIRA, L. C.; AGUIAR, D. T.; PALÁCIO, P. D. B. *et al.* A Clínica de enfermagem em saúde mental. **Revista Baiana de Enfermagem**, v. 25, n. 2, p. 107-120, 2011.

SINIAK, D. S.; SILVA, A. B.; PINHO, L. B. Relato de experiência de estágio de docência na área de enfermagem psiquiátrica e saúde mental. **Cienc. Cuid. Saúde**, v. 12, n. 3, p. 593-598, 2013.

SOARES, C. A.; SOUSA, L. B.; TABOSA, L. S.; QUEIROZ, V. V. A gestão do trabalho no campo da saúde mental: desafios e possibilidades. **CADERNOS ESP**, Ceará, v. 9, n. 1, p. 9-18, jan/jun. 2015.

SOARES, R. D.; BRUSAMARELLO, T.; VILLELA, J. C. *et al.* O papel da equipe de enfermagem no centro de atenção psicossocial. **Esc. Anna Nery**, v. 15, n. 1, p. 110-115, 2011.

VARGAS, D.; DUARTE, F. A. B. Enfermeiros dos Centros de Atenção Psicossocial em álcool e drogas (CAPS AD): formação e busca pelo conhecimento específico da área. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 20, n. 1, p. 119-26, jan.-mar. 2011.

a LIDERANÇA sistêmica para A GESTÃO NA ÁREA DE SAÚDE

Cristiane Sales Leitão

Antonio Rodrigues Ferreira Júnior

INTRODUÇÃO

As organizações de saúde pública e privada têm passado por transformações diversas, influenciando o sistema de gestão da saúde em todo o país. A universalização e o avanço tecnológico na saúde fazem com que os profissionais e os usuários busquem cada vez mais a melhoria por meio de uma gestão eficaz dos serviços (LOPES, 2010).

Diante desse contexto, gestores na área da saúde precisam elaborar, desenvolver e monitorar políticas que auditem a viabilidade dos planos de ação, analisar recursos, gerenciar custos e serviços em saúde e, principalmente, ter amplo conhecimento em gestão de pessoas, que é um importante fator para alcançar determinados objetivos.

Nessa perspectiva, o gestor na área da saúde, por ser o responsável pelo trabalho em equipe, pela organização, por compartilhar responsabilidades e delegar

funções focadas na eficiência e eficácia da gestão em saúde, desempenha o papel de líder para o alcance da qualidade nos serviços de saúde.

Diante do exposto, podemos considerar a liderança uma competência fundamental para os gestores, que, além disso, precisam deter competências de planejamento, organização e controle. A liderança é destacada como componente organizacional que associa comunicação, planejamento, relações interpessoais, o compromisso com o êxito e a resolutividade de conflitos (LANZONI; MEIRELLES, 2013).

De acordo com Barreto *et al.* (2013), ela é considerada uma habilidade construída ao longo do processo de vida, e solidifica-se a partir das experiências relacionais que o ser humano faz consigo mesmo, com pessoas e o ambiente. A liderança exige inter-relação entre todos os elementos existentes na cultura organizacional, pessoal, coletiva e institucional. Ao líder, cabe o papel de criar, manter ou readequar modelos com múltiplos protagonistas, inclusive para si mesmo, para que o objetivo comum seja alcançado como um processo construtivo e jamais acabado.

Nesse contexto, a liderança sistêmica, abordada atualmente, exige inter-relação entre todos os elementos existentes na cultura organizacional, pessoal, coletiva e institucional. Portanto, a liderança sistêmica é um importante componente para a criação de um clima favorável, harmonioso e menos conflituoso para os profissionais de saúde e para o paciente.

Os fundamentos históricos e epistemológicos em relação à liderança sistêmica são pouco aprofundados nas discussões encontradas nos trabalhos científicos, principalmente no contexto da área de saúde. Percebe-se que existem os que não entendem como um olhar sistêmico pode transformar um líder e como este se articula com a organização, dando sustentação à prática de gestão.

Desse modo, este ensaio teórico-reflexivo pretende apresentar os aspectos históricos e epistemológicos da liderança sistêmica, com o intuito de oferecer subsídios que auxiliem na compreensão dos que têm interesse em estudar tal ponto de vista, bem como revisitar os aspectos teóricos de quem trabalha com tal teoria. Para tal, na primeira parte serão relatados os acontecimentos históricos que amparam o desenvolvimento da liderança sistêmica, e na segunda parte será apresentado seu uso na área da saúde.

Com o propósito de discutir e construir uma recuperação histórica e epistemológica, serão utilizadas obras de pesquisadores que buscam entender o impacto da liderança nas organizações, habitualmente estudadas em cursos de formação de gestores sistêmicos.

É importante ressaltar que a pretensão deste estudo não é analisar os impactos da liderança sistêmica na gestão em saúde, mas sim dirigir um olhar mais sensível sobre as tendências da abordagem sistêmica para se pensar no desenvolvimento de novos líderes.

Considerações históricas e conceituais da LIDERANÇA sistêmica

A liderança é um conceito que se transforma ao longo dos tempos, mas que preserva a sua essência, sendo entendida como a arte de influenciar e conduzir pessoas (OLIVEIRA, 2018). Segundo Robbins *et al.* (2010), pode ser definida como a capacidade de um sujeito de influenciar um conjunto de pessoas para alcançar metas e objetivos em uma organização.

Ao longo da história, grandes líderes foram descritos com base em seus traços de personalidade. A teoria dos traços de liderança foi utilizada até a década de 1940 e a ênfase sobre o carisma marcou todo esse período. No entanto, líderes carismáticos tendem a usar seu poder pessoal para transformar as empresas em algo à sua imagem e confundem o que é de seu interesse pessoal com os interesses da empresa (ROBBINS *et al.*, 2010).

Com o surgimento das grandes corporações, na era da expansão industrial e processos racionais na administração, a ideia de liderança afasta-se do líder herói para equalizá-la com a eficácia de gestão (GRANT, 2012). Dessa maneira, na década de 1950, pesquisadores passaram a considerar que os líderes devem agir no ambiente laboral, por meio das abordagens comportamentais, relacionando-se com seus subordinados e, ao mesmo tempo, com foco na produtividade e cumprimento de metas (OLIVEIRA, 2018).

Seguindo o contexto histórico, em meio à Guerra Fria e à expansão da dominação americana, surgem as

teorias contingenciais na segunda metade do século XX, que ainda hoje são muito usadas nos estudos sobre liderança. Uma vertente dos estudos das teorias contingenciais é a teoria da liderança situacional. Robbins *et al.* (2010) explicam que na teoria da liderança situacional os gestores deveriam adaptar seu estilo de liderança às características dos subordinados, ou melhor, a liderança ocorre quando os líderes passam a exercer influência efetiva sobre um grupo, adaptando seu comportamento às diferentes situações.

Um dos principais autores contemporâneos dessa corrente teórica é Goleman (2010), enfatizando que os líderes, em vez de escolher um estilo que condiga com o seu comportamento, deveriam perguntar que estilo mais condiz com as exigências de determinada situação. Na obra do autor, há seis estilos básicos de liderança, onde cada um deles faz uso de elementos cruciais da inteligência emocional em diferentes combinações. Um líder de destaque não domina um único estilo de liderança, domina vários e tem flexibilidade para alternar entre um estilo e outro, conforme exijam as circunstâncias.

Nesse âmbito, já na década de 1990, pela necessidade de gerenciar mudanças no mundo corporativo, surgem as teorias da liderança transacional e transformacional com o incremento da globalização, competição nos mercados, e a introdução de novas tecnologias e de práticas gerenciais (GRANT, 2012).

A liderança transformacional é um processo em que os líderes e seguidores ajudam uns aos outros no

avanço para um nível mais elevado de moral e motivação. Essa liderança defende que um bom relacionamento entre um líder e seu seguidor promove melhores resultados do que aqueles em que o respeito mútuo e a confiança estão ausentes, achados confirmados em diversas pesquisas empíricas.

Segundo Carrara *et al.* (2017), a liderança transformacional colabora para o aumento da motivação e da satisfação no ambiente laboral de saúde por proporcionar discussão coletiva, ampliação da comunicação dialógica e escuta ativa dos trabalhadores, levando ao maior comprometimento organizacional.

A liderança transformacional tem dado grandes contribuições para a compreensão da eficácia da liderança. Todavia, é preciso considerar a importância de se adotar uma liderança transacional, na qual líderes conduzem ou motivam seus seguidores em direção às metas estabelecidas por meio do esclarecimento das funções e das exigências das tarefas (ROBBINS *et al.*, 2010).

Em meio a ondas de ataques terroristas, escândalos corporativos, crises econômicas e desafios socioambientais, emerge uma nova teoria baseada na filosofia e na psicologia positiva: a teoria da liderança sistêmica. Ela busca discutir, essencialmente, como seria uma liderança mais ética e mais efetiva para lidar com os desafios de nosso tempo (OLIVEIRA, 2018).

A liderança sistêmica, propagada nos inúmeros espaços do conhecimento, adquiriu um delineamento teórico e um intenso reconhecimento na primeira metade do século XXI. Mesmo tendo suas bases concebidas

na segunda metade do século XX, o procedimento de mudança do paradigma mecanicista para o ecológico tem sucedido há muito tempo, de forma não sequencial, apresentando retrocessos e avanços nos diversos campos da ciência (VASCONCELLOS, 2010).

A LIDERANÇA NAS práticas DA GESTÃO EM SAÚDE EM UMA perspectiva sistêmica

Para uma gestão eficiente nas organizações de saúde, entende-se que seja necessário, além da infraestrutura adequada e da equipe multiprofissional integrada, a presença de líderes capazes de articular questões internas e externas ao serviço e favorecer a articulação de saberes para lidar com uma variedade de processos, concentrando em si a responsabilidade de atuar com o mais elevado grau de descentralização, tal como ser resolutivo, coordenando o cuidado e as redes de saúde.

Diante de tal contexto, os dois grandes desafios impostos aos líderes da área da saúde são o gerenciamento de equipes multidisciplinares e heterogêneas e a articulação de culturas diferentes, tanto dentro da equipe quanto em relação às culturas locais. Kian (2012) ressalta que as dificuldades em relação à liderança nas unidades de saúde relacionam-se com a interferência dos níveis mais centrais de gestão, a influência da mudança do grupo gestor, a burocracia da administração, o excesso de demandas da população local e dificuldades de gerenciamento de equipes que visa à eficiência téc-

nica e política na promoção, prevenção e recuperação da saúde do usuário e sua família.

Bernardes (2018) evidencia que o conhecimento em gestão no setor da saúde, tanto público, quanto privado, é imprescindível para o desenvolvimento da área, visto que a crescente complexidade nesse cenário é um grande desafio para toda a rede. Investimentos na competência em gestão e liderança impactam na sociedade, sendo um dos principais desafios para os serviços de saúde.

O papel do líder é bastante significativo no processo de mudança ou de inércia, especialmente a partir da interpretação dele, em relação não somente às expectativas da cúpula administrativa, mas também às condições de trabalho oferecidas e percebidas nas organizações de saúde (WEYMER; MOREIRA, 2017).

Czabanowska (2013) constatou que os coordenadores das instituições públicas de saúde com estilos de liderança vinculados às abordagens sistêmicas reduziram eventos adversos, complicações e mortalidade, e aumento da satisfação do paciente.

Na perspectiva de Backes (2011), os profissionais que atuam no setor de saúde que abordam a liderança sistêmica se destacam por ser eminentemente sociais, e compreendem o ser humano não como um ser doente, mas como um ser complexo, capaz de se auto-organizar, devendo conduzir sua terapêutica e história de vida.

Santos e Paranhos (2017) alegam que a realização de oficinas de liderança nas unidades de saúde é um passo importante para a organização dos processos de

trabalho e alinhamento das metas propostas visando uma gestão eficiente.

Atualmente, algumas competências essenciais para o desempenho da liderança estão sendo destacadas no contexto das organizações de saúde, tais como: visão sistêmica das variáveis macro e microeconômicas; pensamento estratégico; capacidade para fazer leitura crítica das ferramentas de gestão; estilo de liderança integrativo, com abordagem multidisciplinar; compreensão da “linha do cuidado” como filosofia e prática de governança em todos os níveis de gestão; ética no processo decisório (BERNARDES, 2018).

Neste sentido, é fundamental relacionar as características e as habilidades dos líderes às relações interpessoais, principalmente no campo da comunicação, inteligência emocional e interação humana, incentivando o autoaperfeiçoamento, autoconhecimento, entendimento quanto ao seu papel enquanto líder, e em relação ao sofrimento do outro.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As organizações de saúde necessitam de profissionais capacitados e comprometidos com o trabalho, a fim de proporcionar uma assistência de qualidade aos usuários dos serviços de saúde, por meio da gerência e da liderança.

Portanto, é importante considerar o ambiente de trabalho como uma fonte de aprendizagem, pois é

o local onde acontecem as oportunidades para o desenvolvimento da liderança, que, ao se tornar eficiente, contribui para a reorientação da atenção e do trabalho em saúde, proporcionando atendimento resolutivo ao usuário e motivação do trabalhador.

Sendo assim, investir na formação de líderes dentro de uma abordagem sistêmica pode provocar impacto na melhoria contínua dos serviços de saúde, sendo fundamental relacionar as características e as habilidades deles às relações interpessoais, principalmente no que tange à comunicação e à interação humana.

Considerando os pontos abordados, espera-se uma reflexão sobre a temática, instigando produções científicas sobre o tema, a fim de que se conheça a importância da liderança sistêmica nos serviços de saúde.

REFERÊNCIAS

BACKES, D. S.; BACKES, M. S.; ERDMANN, A. L. A prática social sistêmica do enfermeiro na perspectiva luhmanniana. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 45, n. 1, p. 116-121, jan. 2011.

BARRETO, L. M. T. S. *et al.* Cultura organizacional e liderança: uma relação possível? **Rev. Adm.**, São Paulo, v. 48, n. 1, p. 34-52, mar. 2013.

BERNARDES, A. Perspectivas contemporâneas da liderança e gestão em enfermagem. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 39, n. 1, p. 2, jan. 2018.

CARRARA, G. L. R. *et al.* A utilização de instrumentos para avaliação da liderança nos serviços de saúde e enfermagem. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 38, n. 3, p. 60-69, mar. 2017.

CAPRA, F.; LUISI, P. L. **The systems view of life: a unifying vision.** New York: Cambridge University Press, 2014.

CZABANOWSKA, K. *et al.* Transforming public health specialists into public health leaders. **The Lancet**, Londres, v. 381, n. 9865, p. 449-450, abr. 2013.

GOLEMAN, D. Liderança que traz resultados. In: HARVARD BUSINESS REVIEW. **O que faz um líder?** São Paulo: Campus, 2002. cap. 4, p. 57-86.

GRANT, A. M. Leading with meaning: beneficiary contact, prosocial impact, and the performance effects of transformational leadership. **Academy of Management Journal**, New York, v. 55, n. 2, p. 458-476, fev. 2012.

GRINT, K. A history of leadership. In: BRYMAN, A. *et al.* (Eds.). **The sage handbook of leadership.** Thousand Oaks: Sage Publications, 2011. cap. 1, p. 3-14.

KIAN, K. O.; MATSUDA, L. M.; WAIDMANN, M. A. P. Compreendendo o cotidiano profissional do enfermeiro-líder. **Rev. RENE**, Fortaleza, v. 12, n. 4, p. 724-731, dez. 2012.

LANZONI, G. M. M.; MEIRELLES, H. S. Liderança do enfermeiro: elemento interveniente na rede de relações do agente comunitário de saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 66, n. 4, p. 557-563, ago. 2013.

LOPES, M. S. V. *et al.* Análise do conceito de promoção da saúde. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 19, n. 3, p. 461-468, mar. 2010.

OLIVEIRA, W. C. A influência da liderança sob o capital humano. **Rev. Ciênc. Empres. UNIPAR**, Umuarama, v. 19, n. 1, p. 1-15, jun. 2018.

ROBBINS, S. P.; JUDGE, T. A.; SOBRAL, F. **Comportamento organizacional: teoria e prática no contexto brasileiro.** São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2010.

SANTOS, L. J. dos; PARANHOS, M. S. Os trabalhadores das Equipes de Saúde da Família no Rio de Janeiro: aspectos da liderança em pesquisa de clima organizacional. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, p. 759-770, mar. 2017.

VASCONCELLOS, M. J. E. **Pensamento sistêmico**: o novo paradigma da ciência. 9. ed. Campinas: Papyrus, 2010.

WEYMER, A. S. Q.; MOREIRA, V. R. O papel da liderança transformacional na reconstrução de significados compartilhados de uma unidade estratégica de negócios da área da saúde. **Revista de Gestão em Sistemas de Saúde – RGSS**, São Paulo, v. 6, n. 1, p. 45-62, jan. 2017.

CAPÍTULO 28

DENGUE, CHIKUNGUNYA E ZIKA: UMA AMEAÇA AO GRUPO MATERNO INFANTIL E A NECESSIDADE DE COMBATE AO *Aedes aegypti*

Gerarlene Ponte Guimarães Santos
Andrea Caprara

INTRODUÇÃO

Dengue (DENV), chikungunya (CHIKV) e zika (ZIKV) são doenças virais transmitidas pelo mosquito *Aedes aegypti*. A presença destes mosquitos em ambientes urbanos, periurbanos e rurais, a sua rápida proliferação, devido ao grande número de potenciais criadouros, e a circulação da tríplice infecção viral em todo território brasileiro, levam a frequentes epidemias, o que torna constante a exposição da população às arboviroses.

O adoecimento por uma ou mais arboviroses, leva a um quadro febril, com sintomas semelhantes, dentre eles: mialgia, artralgia, cefaleia e exantema. O indivíduo doente pode apresentar desde sintomas brandos ou mesmo evoluir para gravidade. Todo indivíduo com suspeita de um dos arbovírus, deve ser acompanhado por um profissional da saúde, de modo que as pessoas

doentes possam se reestabelecer, sem nenhuma complicação.

Existem grupos considerados de risco para o adoecimento por arbovírus, dentre eles destacam-se as gestantes e as crianças menores de dois anos, devendo ser acompanhados durante o período febril, com apoio para exames complementares e suporte para internação hospitalar, caso necessário.

A circulação do ZIKV no Brasil e o número aumentado de casos de microcefalias em recém-nascidos levaram as autoridades sanitárias a declarar Emergência em Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII). Após a associação deste vírus aos efeitos deletérios sobre o conceito, a zika passou a ser chamada de Síndrome Congênita do Zika (SCZ) e ser de notificação compulsória.

A gestação é um período de mudança e propicia maiores riscos à saúde materna. O acompanhamento pré-natal e os cuidados realizados pela gestante são primordiais para assegurar a saúde materno-infantil. A tríplice infecção viral pode ocorrer em qualquer período gestacional e aumenta as chances de morte materna, abortos espontâneos, internações em Unidade de Terapia Intensiva - UTI e em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal - UTIN.

A transmissão fetal pode ocorrer em qualquer idade gestacional e pode evoluir com diversos desfechos, dentre eles: natimorto, atraso no desenvolvimento intrauterino, baixo peso ao nascer, atraso no desenvolvimento neurológico, dentre outras complicações ao

recém-nascido. Pouco se sabe sobre o comportamento destes arbovírus ao longo da vida das crianças expostas no período fetal. Entende-se que a mulher grávida e seu parceiro devem estar atentos aos arbovírus durante a gestação, para que ocorra um nascimento saudável.

Existe uma necessidade urgente de combate ao *Aedes aegypti*, de modo que são necessárias ações de intervenções voltadas para o controle de focos, como educação em saúde, ações comunitárias e adoção de medidas de redução dos potenciais criadouros.

METODOLOGIA

Trata-se de um ensaio teórico-reflexivo, baseado na literatura nacional e internacional, foram consultados artigos em bases de dados, como Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Scientific Electronic Library Online (SCIELO). Para a busca dos artigos, foram utilizados os descritores: *Aedes aegypti*, zika vírus, chikungunya, dengue, *pregnancy* e ecobiosocial, realizada entre os meses de agosto e setembro de 2018.

O ensaio é um meio de análise e elucidações em relação a determinado objeto de estudo. Precisa ser utilizado de modo consciente e intencional, como uma forma mais específica para compreender a realidade. Assim sendo, caracteriza-se por sua natureza reflexiva e interpretativa, sendo a subjetividade um dos elementos

presentes no processo de conhecimento (MENEGETTI, 2011). Então, a pesquisa em bases de dados serviu para explorar o conteúdo das informações relacionadas ao tema proposto.

O Aedes Aegypti, os Arbovírus e os Efeitos Materno Infantil

O período gestacional em que ocorre o desenvolvimento e o crescimento do concepto está vulnerável a diversas doenças, que podem evoluir desde a interrupção espontânea da gestação como resultar em adoecimento para ambos e com fator impactante ao longo da vida.

Nas últimas cinco décadas as doenças arbovirais epidêmicas (notadamente dengue, chikungunya, febre amarela e febre do zika) foram surgindo, resultantes da tríade do mundo moderno: urbanização, globalização e mobilidade internacional (WILDER-SMITH *et al.*, 2017). A urbanização acelerada e a fácil mobilização das pessoas por diversos países, facilitou a expansão global dos arbovírus, de modo que a circulação destas doenças passou por diversos continentes, estando presentes em vários países, com ocorrência de epidemias frequentes.

Com isso, o *Aedes aegypti* tornou-se uma das espécies de mosquitos mais bem-sucedidos, espalhou-se da África para a maioria das regiões tropicais e subtropicais do mundo (KOTSAKIOZI *et al.*, 2017). Presente nas Américas desde tempos bem remotos, com registros de epidemias frequentes de dengue ao longo de mais de

50 anos, causado por seus quatro sorotipos. Logo mais, veio a confirmação da circulação de dois novos arbovírus (CHIKV e ZIKV), levando ao risco para novas epidemias, agora causado pela tríplice infecção viral.

Sendo assim, o *Aedes aegypti* mostra-se eficiente por ser altamente suscetível aos arbovírus, alimenta-se preferencialmente em seres humanos, ativo durante o dia, prospera em ambientes próximos às pessoas e, muitas vezes, pica várias pessoas em um curto período de tempo (WILDER-SMITH *et al.*, 2016).

Outro fator importante é a resistência dos ovos do *Aedes aegypti* à dessecação, podendo levar a uma longa permanência no ambiente, esperando encontrar um momento propício para eclodir. Existem vários locais que são favoráveis à procriação das espécies, seja por possuírem condições ideais ou por estarem em convívio com o homem, ocasionando uma rápida proliferação do mosquito (TREWING *et al.*, 2017). Vindo a tornar-se difícil o controle da população de mosquitos em nosso meio, levando a ocorrências de epidemias frequentes aos diversos grupos populacionais, dentre estes as gestantes.

A dengue é a infecção viral mais conhecida em todo mundo, no entanto pouco se sabe sobre seus efeitos na gestação. Atualmente, a gestante é considerada do grupo de risco para dengue, devido ao aumento das chances de morte materna em mulheres virêmicas.

O vírus da dengue foi isolado pela primeira vez em 1943 no Japão (DENV1) e somente no ano de 1948 foi detectado em uma gestante. As mulheres grávidas são consideradas do grupo de risco, por estarem vulnerá-

veis às formas mais graves da doença, podendo evoluir ao óbito, caso não seja realizado um manejo clínico adequado (MARINHO *et al.*, 2017).

Assim, o DENGVI está associado com complicações hemorrágicas com risco de vida durante a gestação, o que pode resultar em aumento da mortalidade materna, como também em uma maior frequência de cesariana e hemorragia no pós-parto. Diante da infecção materna, dois mecanismos podem levar à morbidade do feto e do neonato que são as alterações hemodinâmicas da genitora e o efeito direto da infecção viral no feto (CHARLIER *et al.*, 2016; MARINHO *et al.*, 2017).

Mediante o que foi dito, torna-se de suma importância o reconhecimento das infecções maternas por DENGVI devido à maior exposição das gestantes em desenvolver as formas graves da doença. Nos últimos anos houve um aumento de casos de dengue grave no Brasil, em mulheres grávidas, no 2º e 3º trimestres de gestação com uma taxa de mortalidade de (22%) em comparação às mulheres em idade fértil com diagnóstico de febre hemorrágica (CHARLIER *et al.*, 2017).

O manejo adequado das gestantes com DENGVI devem ser implementados por todos os serviços que prestam assistência à mulher grávida, seja em nível ambulatorial ou hospitalar. Este manejo deve estar voltado para a classificação de risco e intervenções precoces.

O cuidado com a transmissão perinatal também deve ocorrer, pois alguns estudos evidenciaram o aumento de ocorrências da prematuridade, morte intrauterina, abortos espontâneos e sofrimento fetal durante o

parto (SINHABAHU; SATHANANTHAN; MALAVIGE, 2015). Em um estudo realizado por Ribeiro *et al.* (2017) na cidade do Rio de Janeiro, gestantes com infecções confirmadas laboratorialmente por DENGVI, resultou em 20,8% de abortos, morte fetal 8,3%, prematuridade 12,5% e 29% de recém-nascidos sintomáticos para dengue.

Os partos prematuros foram associados a uma maior frequência durante o período de viremia materno-fetal - PVMF ao DENGVI com 14,4%, enquanto nos partos que ocorreram após esta viremia materna a ocorrência foi de 4,7%. A asfixia perinatal teve uma taxa de 2,4% em neonatos, cujas mães apresentavam viremia no momento do parto. Nos neonatos que apresentaram baixo peso ao nascer, 22,0% nasceram durante PVMF e naqueles cujo nascimento foi após a viremia, resultou em 4,4% de baixo peso ao nascer (RIBEIRO *et al.*, 2016).

Pouco estudos apontam as complicações da dengue no período perinatal, entende-se que o risco está presente. Logo, faz-se necessário que mulheres grávidas e seus parceiros possam conhecer os efeitos do vírus na gestação, de modo que adquiram meios de implementar medidas de proteção contra picada de mosquitos.

Outra arbovirose que está associada a complicação materno-infantil é a CHIKV, devido ao potencial de causar casos graves de infecção neonatal, em decorrência da transmissão vertical que ocorre no momento em que mães virêmicas entram em trabalho de parto. Essa transmissão vertical ocorre em até metade das mães que estão com CHIKV durante o parto, sendo reconhecida como uma importante complicação materna, po-

dendo também apresentar complicações para a gestante (BRASIL, 2015; CHARLIER *et al.*, 2017).

Em um estudo realizado por Escobar *et al.* (2017) foram acompanhados 60 gestantes com o CHIKV positivos por trimestre de gestação, houve 8,3% de gestantes com CHIKV no primeiro trimestre (<12 semanas), 28,3% estavam no segundo trimestre (12-28 semanas) e 63,3% estavam no terceiro trimestre (> 28 semanas). Das mulheres que estavam do terceiro trimestre de gestação, 25% completaram a gravidez durante a internação e 15% destas mulheres necessitaram de tratamento na Unidade de Terapia Intensiva (UTI).

Observa-se que no estudo acima as gestantes acometidas por CHIKV estavam no primeiro, segundo e terceiro trimestres. No entanto, as gestantes que estavam no 3º trimestre apresentaram risco aumentado para internação em UTI, possibilitando um risco a maiores complicações para a gestante durante a internação.

Destarte, existem evidências de alto risco para o aborto no primeiro trimestre e transmissão materno-fetal no último trimestre. Em um estudo realizado na Ilha de La Reunião na França, com 7.504 mulheres grávidas e 7.629 neonatos, mostrou-se que a transmissão vertical obteve maior predominância em mulheres que estavam entre as semanas gestacional de 35 a 40, com uma taxa de transmissão vertical durante o parto de 48,7%, sendo que a cesárea não teve efeito protetor na transmissão (AZEVEDO; OLIVEIRA; COSTA, 2015; GÉRARDIN *et al.*, 2008).

Observa-se que a transmissão vertical está presente em, aproximadamente, 50% das mulheres que

adoeceram no período intraparto e que o parto vaginal ou mesmo a cesárea não reduz o risco de transmissibilidade ao feto. Desse modo, após a ocorrência da transmissão do CHIKV ao recém-nascido, este pode evoluir com sintomas da doença, instabilidade hemodinâmica e necessidade de internação em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal - UTIN.

Dentre as manifestações clínicas observadas em recém-nascidos sintomáticos de mães com CHIKV no intraparto, foram evidenciados febre (100%), irritabilidade (90%), erupção cutânea (84%), edema generalizado (86%), hiperalgesia (94%), pescoço rígido ou dor na mobilização (38%), e instabilidade hemodinâmica (52%) (TORRES *et al.*, 2016).

Os estudos apontam que estes recém-nascidos se apresentam assintomáticos ao nascer e o aparecimento das manifestações clínicas ocorrem entre os dias três a sete de vida. Estavam presentes sinais e sintomas de artralgia, prostração e febre (100%) dos casos e trombocitopenia (89%). A doença grave foi observada em (90%) dos casos de recém-nascidos de mães virêmicas, com outras manifestações presentes como edema cerebral e hemorragias cerebrais. Houve também recém-nascidos que evoluíram para incapacidades persistentes (GÉRARDIN *et al.*, 2008).

Outro arbovírus que está causando efeitos deletérios em recém-nascidos é o zika vírus, que por muito tempo foi considerado uma doença benigna para os humanos. Cerca de 80% dos casos são assintomáticos; quando os sintomas aparecem são leves, autolimitados e não específicos.

No ano de 2015, o ZIKV começou a circular no Brasil, havendo um aumento na incidência de casos de microcefalia em 20 vezes, quando comparado aos anos anteriores. Após investigação e acompanhamento das gestantes foi evidenciado que durante o período gestacional muitas destas mulheres apresentaram um quadro febril, erupção cutânea e prurido, e após realização de exames complementares e acompanhamento médico foi dado o diagnóstico de ZIKV. Baseado nesta problemática, em 1º de fevereiro de 2016, a Organização Mundial de Saúde - (OMS), declarou emergência de Saúde Pública de Importância Internacional - (ESPII) (BRASIL, 2016; CARVALHO *et al.*, 2017a; CORONELL-RODRIGUEZ *et al.*, 2016; WHO, 2017).

Dessarte, em um estudo com 48 crianças brasileiras, filhos de mães com relatos de exantema na gestação no período de ocorrência do surto de ZIKV, foram evidenciados um crescimento craniano deficiente, irritabilidade, sintomas piramidais e extrapiramidais e epilepsia até os oito meses de idade, estando também associadas em crianças sem microcefalia ao nascimento (CHARLIER *et al.*, 2017).

Em outro estudo realizado por Brasil *et al.* (2016), na cidade do Rio de Janeiro, com 345 mulheres grávidas, tentou-se caracterizar os principais sinais e sintomas de ZIKV em mulheres grávidas, que obtiveram resultados de exame positivo para ZIKV. Em 100% destas, apresentaram erupção cutânea, com erupção macular ou maculopapular descendente, prurido (90%), artralgia (62%), conjuntivite (58%), mal-estar (52%), mialgia

(41%), linfadenopatia (isolada ou generalizada) (38%) e a náusea e vômitos (31%). Neste estudo a febre não foi um achado importante, pois ocorreu somente em um terço das mulheres com infecção aguda; no entanto, quando estava presente, geralmente era de curto prazo e com a temperatura de 37,5°C a 38,0°C.

Atualmente, o ZIKV continua causando preocupação, pois além da microcefalia, outras malformações estão presentes em recém-nascidos de mães que adoeceram de ZIKV em qualquer período gestacional. Assim sendo, todas as gestantes e parceiros que moram ou viajam para áreas com presença do *Aedes aegypti*, devem receber informações sobre o mosquito, o ZIKV e os meios de proteção contra picadas.

Uma descoberta importante com relação ao ZIKV foi sobre sua transmissibilidade, embora a maioria das infecções por ZIKV sejam transmitidas por mosquitos infectados, foram comprovadas outras vias de transmissão, como a intrauterina, intraparto, contato sexual, exposição laboratorial e por transfusões sanguíneas. A transmissão sexual pode ocorrer de homens para mulheres e de mulheres para homens (MAURICE, 2016; PAZ-BAILEY *et al.*, 2017).

Em vista disso, além da proteção contra picadas de mosquitos, devem ser adotados outros cuidados pelos casais que desejam engravidar ou que estão grávidos, é necessário adoção de medidas protetivas com relação à transmissão sexual, que pode ocorrer por via vaginal, anal ou oral e com a partilha de brinquedos sexuais. O CDC faz recomendações para o uso de preservativos,

nas situações de homens com parceiras grávidas, homens que planejam gravidez com suas parceiras, homens que não estão preocupados com a gravidez e mulheres e seus parceiros que estão tentando engravidar (CDC, 2018).

Da mesma forma, o MS em seu guia de orientações integradas de vigilância e atenção à saúde, recomenda a utilização de preservativos em todas as relações sexuais, não apenas para evitar a possível transmissão sexual do ZIKV, mas para a prevenção de infecções sexualmente transmissíveis e da transmissão vertical de HIV, sífilis e hepatites virais (BRASIL, 2017).

Em tempos que homens e mulheres podem passar o vírus zika por via sexual, é importante que sejam observadas algumas recomendações e se conheça o período de transmissibilidade da doença por esta via; sabe-se que a permanência do ZIKV no sêmen é de, aproximadamente, 6 meses. Logo, o homem infectado deverá seguir as recomendações do uso do preservativo por um período de três meses. Enquanto para a mulher a recomendação são dois meses (CDC, 2018).

Dessa forma, pode-se perceber que o risco aumentou para as gestantes e seus parceiros, sendo necessário um cuidado voltado para a prevenção das arboviroses durante o período gestacional. É necessário informar às gestantes e seus parceiros nas consultas de pré-natais, para que eles possam, a partir do conhecimento adquirido, adotar medidas de proteção para o não adoecimento da díade.

AEDES AEGYPTI - DESAFIO DO CONTROLE VETORIAL

Reduzir as interações vetor-humano é particularmente desafiador (WILDER-SMITH, 2016), o impacto causado pelos arbovírus na morbidade e mortalidade vem se intensificando à medida que as epidemias atingem um grande número de pessoas, com implicações para os serviços de saúde, devido à ausência de tratamento, vacinas e outros métodos efetivos de prevenção e controle (DONALISIO; FREITAS; ZUBEN, 2017).

Nos anos de 1950 a 1960 com a implantação do programa de erradicação e combate ao *Aedes aegypti*, grande parte da América Central e do Sul reduziu ou eliminou drasticamente a população de mosquitos, levando a uma diminuição efetiva da epidemia de febre amarela e da incidência da dengue com o uso de diclorodifeniltricloroetano (DDT) (FITZPATRICK, 2017; WILDER-SMITH, 2016).

Logo após esta eliminação do mosquito e diminuição das epidemias de febre amarela e dengue, ocorreu o término do programa de erradicação e o vírus da dengue reemergiu por toda a América Latina, causando vários surtos. Foi em meados dos anos de 1958 a 1973 que o Brasil se declarou “livre do *Aedes aegypti*”. Porém, em 1976, por falhas na vigilância epidemiológica e pelo crescimento acelerado da população, houve o retorno do mosquito, que atualmente está presente em todas as Unidades da Federação - UF, distribuído em aproximadamente 4.523 municípios do Brasil (KOTSAKIOZI, 2017; ZARA *et al.*, 2016).

Logo, outros programas de erradicação dos mosquitos *Aedes aegypti* foram surgindo, centrados em modelos verticalizados no combate químico, sem a participação da comunidade, sem a integração intersetorial e com pequena participação dos dados epidemiológicos.

Esses modelos verticalizados impossibilitaram a contenção dos vetores *Aedes aegypti*, seja por sua fácil adaptação aos ambientes domésticos, como por falta do envolvimento dos interessados. Logo, levou-se à ocorrência da transmissão rebaixada e da dificuldade de manter o controle do *Aedes aegypti*, ressurgindo uma rápida população de mosquitos e elevando o número de indivíduos expostos aos arbovírus (BRASIL, 2002; WILDER-SMITH, 2016). Por seus resultados desfavoráveis, novas epidemias foram surgindo e a necessidade de outras abordagens no controle vetorial.

Atualmente, o controle dos vetores *Aedes* é baseado em inseticidas e envolvimento da comunidade para o manejo do *habitat*. A utilização de inseticidas, juntamente com a redução da fonte larval, é um dos meios utilizados para controlar a transmissão desses vírus em humanos, mas é ameaçada pelo surgimento de resistência aos inseticidas (MOYES *et al.*, 2017).

Recentemente, o Programa Nacional de Combate à Dengue - PNCD, apoiado pelo MS organizou uma Reunião Internacional com vários representantes para avaliar novas tecnologias para o controle vetorial, passando a adotar recomendações para a prática de novas abordagens, dentre estas a abordagem eco-bio-social, o mapeamento de risco, a disseminação de inseticida por

mosquitos, utilizando ovitrampas impregnadas e nebulização espacial intradomiciliar. Com relação às gestantes expostas, adotou-se medidas tecnológicas, como o uso de telas e cortinas (impregnadas ou não), pulverização de inseticida residual intradomiciliar e proteção individual com repelentes (BRASIL, 2016b).

Assim, entende-se que durante muitos anos, novas abordagens foram surgindo em prol do combate ao *Aedes aegypti* e controle das doenças arbovirais. Muitas destas, em fase de experimentação, outras com bons resultados. Como é o caso da abordagem eco-bio-social, conhecida também como eco-saúde.

A abordagem eco-bio-social - EBS surgiu como uma estratégia que visa desenvolver novos conhecimentos sobre a relação saúde-ambiente. Seu foco é baseado na realidade concreta, para que se possam implantar ações saudáveis e apropriadas para as pessoas, trazendo o pressuposto da união entre a ciência e o mundo em que vivem as pessoas, na construção da qualidade de vida social e do planeta, assumindo responsabilidade coletiva e individual (GÓMEZ; MINAYO, 2006).

Em vista disso, apresenta-se como uma ferramenta inovadora, que tem como principal estratégia reduzir a alta densidade vetorial do *Aedes aegypti*, que por sua vez envolve aspectos ambientais, culturais, ecológicos, econômicos, políticos e sociais; buscam oportunidades desafiadoras para melhorar a abordagem dessa problemática, seja de forma eficaz ou na relação custo/benefício (PASSOS *et al.*, 2013).

Então, nesta abordagem eco-bio-social - EBS, destaca-se a educação social e o cuidado com o meio

ambiente, considera-se uma tecnologia transversal que adota recomendações integradas a outras tecnologias, a fim de potencializar seus efeitos como medidas para o controle do *Aedes aegypti* (BRASIL, 2016b).

Destarte, a abordagem EBS foi considerada pelo PNCD como uma tecnologia inovadora no combate ao *Aedes aegypti*, foi testada em alguns municípios, como Fortaleza-CE, Goiânia-GO e Belo Horizonte-MG, obtendo redução na densidade vetorial, apresentando baixo custo para o programa (VALLE, 2016).

Na prática, esta abordagem EBS deverá ser conduzida por vários setores da comunidade, envolvendo a educação em saúde e a educação ambiental, incentivada ao uso de ferramentas mecânicas, sem a utilização de inseticidas, para reduzir o número de mosquitos. As atividades concentram-se na eliminação dos reservatórios de água, na colocação de tampas nos recipientes mais propícios para proliferação dos mosquitos e na instalação de telas sobre as janelas e portas (ZARA *et al.*, 2016).

Portanto, acredita-se que o envolvimento da comunidade em seus mais diversos espaços sociais e a integração intersetorial, aliados às atividades de educação em saúde, seja possível reduzir o número de mosquitos *Aedes aegypti*.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

De modo geral, entendemos que os arbovírus, dengue, chikungunya e zika, são doenças que podem

acometer a mulher grávida em qualquer período gestacional. Esses vírus atuam das mais variadas formas na díade, com efeitos delentérios ao feto e em alguns casos aumenta as chances de mortalidade materna.

A dengue, na gestação, pode ocorrer desde complicações graves na gestante à evolução de partos prematuros ou recém-nascidos com baixo peso ao nascer. A chikungunya pode evoluir de forma grave na gestante e caso ocorra a infecção próximo ao parto, pode levar ao nascimento de recém-nascidos sintomáticos. O zika vírus tem um potencial de causar mal-formações congênitas.

A consulta de pré-natal e a realização de exames laboratoriais são medidas que favorecem um cuidado diferencial à saúde da díade. Durante as consultas de pré-natal faz-se necessário oferecer às gestantes e seus parceiros informações sobre as doenças sexualmente transmissíveis, como também sobre as arboviroses.

Medidas envolvendo a comunidade e ações inter-setoriais são algumas das ações necessárias, tais como: redução do número de criadouros, medidas de proteção individual, conhecer os hábitos dos mosquitos e as doenças por ele transmitidas. A necessidade do combate diário ao mosquito é a forma mais eficaz de proteção das doenças arbovirais.

REFERÊNCIAS

AZEVEDO, R. S. S.; OLIVEIRA, C. S.; VASCONCELOS, P. F. C. Chikungunya risk for Brazil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 49, n. 9, p. 148-163, set. 2015.

BRASIL, Patrícia et al. Zika virus infection in pregnant women in Rio de Janeiro. **N Engl. J. Med.**, Boston, v. 375, n. 24, p. 2321-2334, dez. 2016a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Relatório da reunião internacional para implementação de alternativas para o controle do *Aedes aegypti* no Brasil. **Boletim Epidemiológico**, Brasília, v. 47, n. 15, p. 97-106, out. 2016b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Febre de chikungunya: manejo clínico**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Vigilância Epidemiológica. **Programa Nacional de Controle da Dengue, instituído em 24 de julho de 2002**. Brasília: Fundação Nacional de Saúde, Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Relatório da Reunião Internacional para Implementação de Alternativas para o Controle do *Aedes aegypti* no Brasil. **Boletim Epidemiológico**, v. 47, n. 15, 2016b. Secretaria de Vigilância em Saúde – Ministério da Saúde. Brasília, DF.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sobre o uso de repelentes de insetos durante a gravidez**. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2015/dezembro/04/Nota-Anvisa-Repelentes-e-Saneantes-02dez2015.pdf>. Acesso em: 11 nov. 2018.

CARVALHO, M. S.; HONORIO, N. A.; GARCIA, L. M. T.; CARVALHO, L. C. S. *Aedes aegypti* control in urban areas: A systemic approach to a complex dynamic. **PLoS Negl. Trop. Dis.**, v. 12, n. 4, 27 jul. 2017a. DOI: 10.1371/journal.pntd.0005632. PMID: 28749942.

CHARLIER, C.; BEAUDOIN, M.; COUDERC, T.; LORTTHOLARY, O.; LECUIT, M. Arboviruses and pregnancy: maternal, fetal, and neonatal effects. **The Lancet Child & Adolescent Health**, v. 1, n. 2, p.134-146, out. 2017.

CORONELL-RODRIGUEZ, W. et al. Zika virus infection in pregnancy, fetal and neonatal impact. **Rev. Chil. Infectol.**, Santiago, v. 33, n. 6, dez. 2016.

DONALISIO, M. R.; FREITAS, A. R. R.; ZUBEN, A. P. B. V. Arbovírus emergentes no Brasil: desafios para clínicas e implicações para a saúde pública. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, São Paulo, 2017. ISSN 1518-8787.

ESCOBAR, M. et al. Pregnant Women Hospitalized with Chikungunya Virus Infection, Colombia, 2015. **Emerg. Infect. Dis.**, v. 23, n. 11, nov. 2017. DOI: 10.3201/eid2311.170480.

FITZPATRICK, C.; HAINES, A.; BANGERT, M.; FARLOW, A. et al. An economic evaluation of vector control in the age of a dengue vaccine. **PLoS Negl. Trop. Dis.**, v. 11, n. 8, 14 de Agosto de 2017.

GÉRARDIN, P.; BARAU, G.; MICHALT, A.; BINTNER, M. et al. Multidisciplinary Prospective Study of Mother-to-Child Chikungunya Virus Infections on the Island of La Réunion. **PLoS**, v. 5, n. 3, mar. 2008.

GÓMEZ, C. M.; MINAYO, M. C. de S. Enfoque Ecosistêmico de Saúde: uma estratégia transdisciplinar. **INTERFACES – Revista de Gestão Integrada em Saúde do Trabalho e Meio Ambiente**, v. 1, n. 1, art. 1, ago. 2006.

KOTSAKIOZI, P.; GLORIA-SORIA, A.; CACCONE, A.; EVANS, B.; SCHAMA, R. et al. Tracking the return of *Aedes aegypti* to Brazil, the major vector of the dengue, chikungunya and Zika viroses. **PLoS Negl. Trop. Dis.**, v. 11, n. 7, jul. 2017.

MARINHO, P. S.; CUNHA, A. J.; AMIM JUNIOR, J.; PRATA-BARBOSA, A. A review of selected Arboviruses during pregnancy. **Matern Health Neonatol. Perinatol.**, v. 3, p. 17, out. 2017.

MENEGHETTI, F. K. O que é um Ensaio-Teórico? **Revista de Administração Contemporânea**, v. 15, n. 2, p. 320-332, 2011.

MOYES, C. L.; VONTAS, J.; MARTINS, A. J.; CHING NG, L. et al. Contemporary status of insecticide resistance in the major *Aedes* vectors of arboviruses infecting humans. **PLoS Negl. Trop. Dis.**, v. 11, n. 7, 2017.

PASSOS, C. J. S.; MERTENS, F.; TÁVORA, R.; QUESADA, R.; JOODE, B. van W.; MERGLER, D. A perspectiva das abordagens ecossistêmicas em saúde humana (ecossaúde) nas américas: as contribuições das comunidades de prática. **ResearchGate**, 2013.

RIBEIRO, C. F., LOPES, V. G. S., BRASIL, P., PIRES, A. R. C., ROHLOFF, R., NOGUEIRA, R. M. R. Dengue infection in pregnancy and its impact on the placenta. **International Journal of Infectious Diseases**, v. 55, p. 109-112, 2017.

RIBEIRO, C. F.; LOPES, V. G. S.; BRASIL, P.; SILVA, L. E. *et al.* Dengue during pregnancy: Association with low birth weight and prematurity. **Rev. Inst. Med. trop. S. Paulo**, São Paulo, v. 58, 2016.

SINHABAHU, Vindika P.; SATHANANTHAN, Rajeev; MALAVIGE, G.N. Perinatal transmission of dengue: a case report. **Asian Pacific Journal of Tropical Medicine**. Volume 8, Issue 3, March 2015, Pages 206-208.

TORRES, J. R. *et al.* Congenital and perinatal complications of chikungunya fever: a Latin American experience. **International Journal of Infectious Diseases**, v. 51, p. 85-88, out. 2016.

TREWING, B. J.; DARBRO, J. M.; JANSEN, C. C., SCHELLHON, N. A.; ZALUCKI, M. P.; HURST, T. P.; DEVINE, G. J. The elimination of the dengue vector, *Aedes aegypti*, from Brisbane, Australia: The role of surveillance, larval habitat removal and policy. **PLoS Negl. Trop. Dis.**, v. 11, n. 8, ago. 2017.

VALLE, D.; PIMENTA, D.; AGUIAR, R. N. Zika, dengue e chikungunya: desafios e questões. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v. 25, n. 2, p. 419-422. ISSN 2237-9622.

WORLD HEALTH ORGANIZATION, WHO. **Director-General summarizes the outcome of the Emergency Committee regarding clusters of microcephaly and Guillain-Barré syndrome.** Disponível em: <https://www.who.int/en/news-room/detail/01-02-2016-who-director-general-summarizes-the-outcome-of-the-emergency-committee-regarding-clusters-of-microcephaly-and-guillain-barr%C3%A9-syndrome>. Acesso em: 17 out. 2017.

WILDER-SMITH, A.; GUBLER, D. J.; WEAVER, S. C.; MONATH, T. P.; HEYMANN, D. L.; SCOOT, T. W. Epidemic arboviral diseases: priorities for research and public health. *Infectious Diseases*, **The Lancet Infectious Diseases**, v. 17, n. 3 , e101-e106, mar. 2017.

ZARA, A. L. S. A.; SANTOS, S. M.; FERNANDES-OLIVEIRA, E. S.; CARVALHO, R. G.; COELHO, G. E. Estratégias de controle do *Aedes aegypti*: uma revisão. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 25, n. 2, abr.-jun. 2016.

A REGIONALIZAÇÃO COMO PREMISSE PARA O ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE

*Luanna Nayra Mesquita Alvarenga
Antonio Rodrigues Ferreira Júnior*

INTRODUÇÃO

A busca por um tratamento adequado a patologias específicas, por especialidades médicas singulares e equipamentos de saúde avançados tecnologicamente, levam ao encaminhamento da população ao destino da resolução dos seus problemas de saúde. Esse processo de transferência de pacientes demonstra o elo entre instituições ou regiões de saúde com o mesmo objetivo, na perspectiva da expansão de assistência de saúde adequada.

A saúde, no Brasil, avança no fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS) como um sistema universal em saúde, tendo como a descentralização e a regionalização como princípios organizativos. Esses princípios foram conduzidos com níveis variados de articulação, sempre com maior destaque para a descentralização, o que contribuiu para a fragmentação dos sistemas de

saúde, com comprometimento do acesso e da continuidade da atenção (MELO, 2016).

Nesse âmbito, a universalização da saúde, no cenário brasileiro, é dependente de princípios e diretrizes organizacionais que envolvem: a distribuição espacial dos equipamentos e serviços; a construção de redes assistenciais, reunindo profissionais, tecnologias, informações, fluxos, normas, recursos financeiros, programas e políticas de saúde. Sendo esses fatores primordiais para a resposta do sistema de proteção social e da saúde da população brasileira, perfil epidemiológico e as necessidades de acesso à saúde da população em cada lugar, responsabilidades e formas de ação do Estado no planejamento, no financiamento e na gestão do sistema de saúde (ALBUQUERQUE, 2013).

Diante do contexto da saúde e em resposta à exigência de integralidade do cuidado, consideram-se, entre os desafios mais urgentes na implementação do SUS, a ampliação do acesso e a adequação dos serviços ofertados por meio da regionalização e da consolidação de redes de atenção à saúde (FURTADO, 2016).

Dessa forma, entende-se que é na Região de Saúde que será implementada a atenção integral, equitativa e universal à saúde da população, permeando a Atenção Primária à Saúde até a alta resolatividade (FURTADO, 2016).

Salienta-se que existem questões que podem refletir no uso inadequado dos serviços de saúde, como particularidades sociodemográficas e epidemiológicas, padrão de uso dos serviços, ausência de rede de pro-

teção social, atitudes individuais frente ao tratamento de doenças, escassez de recursos, manejo clínico inadequado, dificuldades de acesso à rede especializada e hospitalar (ALFRADIQUE *et al.*, 2009).

Nessa perspectiva, a regionalização permanece como um grande desafio para o SUS. A obtenção da igualdade entre regiões de saúde ultrapassa a autonomia de gestores para a oferta de uma atenção integral à saúde.

Espera-se, contudo, que este estudo possa contribuir para a reflexão sobre a importância da regionalização em saúde em contribuição para as transferências de pacientes de locais de baixa complexidade à alta resolução de assistência em saúde.

METODOLOGIA

Este estudo iniciou-se com uma pesquisa exploratória sobre o tema a ser abordado, no intuito da produção de uma revisão narrativa. Pesquisa bibliográfica realizada em 2018 e 2019, a partir de documentos oficiais e literatura científica atinente à temática.

Uma pesquisa de caráter bibliográfico caracteriza-se como um tipo de trabalho monográfico com o propósito de aumentar o conhecimento do pesquisador sobre o tema estudado, verificando a evolução teórica do assunto no momento atual (MICHEL, 2009).

RESULTADOS

Para a implantação do SUS, foi privilegiado, inicialmente, o princípio organizativo da descentralização, que permitiu as transferências do poder decisório da gestão de prestadores de serviços públicos e privados e de recursos financeiros, antes concentrados nas esferas federal e estadual, para os estados e, principalmente, para os municípios. É na região de saúde que o SUS deve garantir às pessoas suas necessidades de saúde em acordo às referências interfederativas e à gestão compartilhada, definidas em acordos e consagradas em contratos (MELO, 2016; FURTADO, 2016).

A região é denominada um recorte territorial, administrativo sanitário que permite integrar o que a descentralização supostamente teria fracionado, com definição de um espaço sanitário de serviços. A região de saúde é prerequisite para a ordenação sanitária, com a finalidade de garantir o acesso às ações e serviços de saúde dentro de um território delimitado e disciplinado, podendo ser inter-regional conforme forem as necessidades de saúde (SANTOS, 2017).

Com base nesses atributos, conceitua as redes integradas de serviços de saúde como uma rede de organizações que tem o objetivo de fornecer serviços de saúde equitativos e integrais a uma população definida. Estando essa rede disposta a prestar contas por seus resultados clínicos e econômicos e pelo estado de saúde da população a que serve (MARQUES, 2014).

Após a publicação da Norma Operacional Básica (NOB) 93 mostrou-se a força desse movimento com grande ênfase na descentralização e aumento da autonomia dos municípios. Seguindo a ela teve a NOB/96 que tinha como título “Gestão Plena com Responsabilidade pela Saúde do Cidadão” e mantinha o estímulo à descentralização e à transição dos municípios do papel de prestadores de serviços a gestores, porém dava pouca ênfase à regionalização (SCATENA e TANAKA, 2001).

Com o êxito dessas experiências houve a influência de outras ações semelhantes e culminou com a ideia de regionalização de serviços de saúde, sendo apresentada a Norma Operacional da Atenção à Saúde (NOAS). Onde a regionalização passa a ser vista como organização necessária para que haja mais igualdade entre os municípios no acesso às ações de maior complexidade tecnológica e na busca da integralidade. Essa Portaria introduziu a concepção dos módulos assistenciais, microrregiões, macrorregiões e regiões (ANDRADE e COSTA, 2018).

Já em 2006, apresentou-se a publicação do Pacto pela Saúde, que trata de um instrumento de pactuação que, dentre seus objetivos, propõe fortalecer os acordos intergovernamentais nos processos de organização político-territorial do SUS. Esse instrumento sugeriu o fortalecimento da cogestão por meio da implantação de instâncias colegiadas em regiões de saúde definidas nos Planos Diretores de Regionalização: os Colegiados de Gestão Regional (MELO, 2016).

Seus principais objetivos eram: garantir acesso, resolutividade e qualificar ações e serviços de saúde

cujas complexidades e cujo contingente populacional referente ultrapassassem a autonomia local/municipal alusiva à saúde; à integralidade na atenção à saúde; à descentralização do sistema, fortalecendo o papel dos estados e dos municípios; à racionalização dos gastos e à otimização da aplicação dos recursos, possibilitando ganhos de escala nas ações e nos serviços de saúde em abrangência regional (ALBUQUERQUE, 2013).

Traduzido como um instrumento de gestão que define como uma região de saúde pode programar suas ações direcionadas para uma população de forma integrada, o Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP), tem a finalidade de tornar mais igualitária à assistência e melhorar o acesso do usuário à oferta de procedimentos e aos serviços desenvolvidos em um espaço geográfico. As pactuações definidas nesse documento são compartilhadas entre os gestores das Regiões de Saúde, os quais têm prazo de cumprimento determinado por uma ação jurídica normativa, uma vez que os entes federados assinam e confirmam suas responsabilidades e a obrigatoriedade na execução das pactuações. Os primeiros estados brasileiros a assinarem o COAP foram o Ceará e o Mato Grosso do Sul (MOURA; PINTO; ARAGÃO, 2016).

Sendo a expressão legal regulamentadora da conformação de Sistemas Regionais de Saúde que visam construir um sistema de cuidado em rede que ofereça a integralidade do cuidado em uma escala geográfica territorialmente delimitada, o Decreto 7.508/2011 conceitua região de saúde (CARNUT e MASSERAN, 2016).

O Decreto 7.508/11 é de extrema importância para definir as políticas públicas no SUS, uma vez que os gestores devem estar envolvidos com responsabilidades iguais, e uma forma de definir responsabilidades, facilitar transportes, compartilhar infraestrutura, planejar ações e suas execuções de serviços (CARNUT e MASSERAN, 2016).

No intuito de organizar o sistema regional, que deve manter serviços de diversos níveis de complexidade técnico-sanitária, garantindo fortificação tecnológica à rede mediante o somatório de serviços dos entes federativos, surge a Rede de Atenção à Saúde (RAS) (SANTOS, 2017; MARQUES, 2014).

As RAS caracterizam-se como serviços que permitem que diversos municípios deles se utilizem e outros que devem se concentrar para ganhar escala, onde há interação de agentes públicos e privados, centrais e locais, manifestando-se uma crescente demanda por benefícios e por participação do cidadão. A gestão eficaz das redes implica: trabalhar rotineiramente na produção de consensos; operar com situações em que todos os atores ganhem; harmonizar as decisões políticas e administrativas; negociar as soluções; monitorar e avaliar permanentemente os processos (SANTOS, 2017; MARQUES, 2014).

A implantação das RAS convoca mudanças radicais no modelo de atenção à saúde praticada no SUS e aponta para a necessidade da implantação de novos modelos de atenção às condições agudas e crônicas. Sendo uma das redes de atenção implantadas, a Rede

de Atenção às Urgências (RAU), tem sido uma solução com a construção de alternativas de racionalização da oferta ou estratégias regulatórias. No Brasil, o atendimento às urgências mostra deficiências estruturais do sistema de saúde, tais como: dificuldades de acesso em vários níveis de atenção, insuficiência de leitos especializados, incipiência dos mecanismos de referência e inadequação na formação dos profissionais de saúde (MARQUES, 2014).

O Ministério da Saúde publicou a Portaria nº 1.600, reformulando a Política Nacional de Atenção às Urgências, de 2003, e instituindo a Rede de Atenção às Urgências e Emergências no SUS. A implementação da RUE ocorreu, de forma pactuada, entre as três esferas de gestão, permitindo uma melhor organização da assistência, articulando os diversos pontos de atenção e definindo os fluxos e as referências adequados, buscando transformar o atual modelo de atenção hegemônico, fragmentado e desarticulado, além do dimensionado pautado na oferta de serviços (BRASIL, 2013).

Uma situação de urgência e emergência no âmbito da atenção à saúde pode ser compreendida como a ocorrência inesperada, que proporciona agravo à saúde com ou sem risco potencial de morte, o usuário necessita de assistência à saúde imediata, em virtude da sua importância para a cura, reabilitação ou morte do paciente. Porém, com a realização do atendimento falho é incapaz de contribuir para a melhora do paciente, pois esse tipo de assistência precisa ser de qualidade, a fim de garantir a melhor evolução possível do paciente (SOUZA, 2014).

Nesse contexto, demonstra-se a importância da implementação do processo de regulação das urgências, como mecanismo de organização da assistência com vistas a desconcentrar a atenção efetuada pelos pontos de atendimentos e contribuir para a limitação do dano na população assistida. Uma das diretrizes da RAU é a regulação articulada entre todos os seus componentes, garantindo à equidade e à integralidade do cuidado. Outra diretriz é a de regionalização do atendimento às urgências, que propõe a articulação das diversas redes de atenção e acesso regulado aos serviços de saúde (BARBOSA; BARBOSA; NAJBERG, 2016).

Silva *et al.* (2015), reconhecem a importância de fortalecer a regionalização da saúde, haja vista a necessidade de uma maior complexidade na assistência e de exercê-la de maneira integral. Os autores enfatizam que os municípios não conseguem administrar a saúde em função de vários fatores, dentre eles: a falta de estrutura, a deficiência financeira, a deficiência de recursos humanos e de capacidade técnica. Sendo a solução para esse enfraquecimento a gestão regional, com governança bastante competente que una os municípios em regiões.

A regionalização tem sido, dentre as diretrizes do SUS, uma das mais difíceis de concretizar. Há avanços na universalização do acesso, porém pretendia-se diminuir as desigualdades e avançar na integralidade, no entanto, há poucas evidências de que isso aconteceu. Há enormes desigualdades entre municípios e entre regiões no Brasil como apontado por pesquisa (ALBUQUERQUE *et al.*, 2017).

O cuidado em saúde precisa ser planejado, considerando as demandas e os serviços que devem estar dispostos para tratar tais necessidades de saúde, compreendendo seus significados e os sujeitos implicados no processo de produção e consumo à saúde (RÊGO *et al.*, 2017).

Dessa forma, a fortificação da regionalização e o enraizamento das redes de atenção à saúde tornam-se importantes para a melhoria dos serviços prestados e a assistência ofertada à população. O acesso à saúde facilita o conhecimento, a prevenção e as condutas adequadas e necessárias precoces para a manutenção da saúde dos pacientes. Ademais, a regulação entre os pontos principais da rede de saúde tonifica a comunicação liberando, assim, o acesso à saúde indispensável.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O acesso a todos os níveis de complexidade do sistema assegura a integralidade na atenção à saúde, ampliando o conceito de cuidado à saúde na organização das ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação.

Nesse sentido, demonstra-se a importância do fortalecimento o papel da gestão na condução do processo de regionalização. Ampliar e priorizar os espaços de discussão e pactuação, garantir apoio técnico e autonomia dentro dos territórios regionais, estabelecer mecanismos mais eficientes de monitoramento e avaliação

de indicadores de saúde e propor políticas de saúde que levem em consideração as distintas realidades regionais podem ser estratégias que colaborem para um melhor desempenho e uma maior uniformidade entre as redes de atenção à saúde.

Nota-se que o fortalecimento da regionalização com suas pactuações impulsiona a qualidade da transferência dos pacientes. Isso objetiva a garantia de acesso, resolutividade e qualidade às ações e serviços de saúde cuja complexidade e contingente populacional ultrapassem os muros geográficos e sociais, garantindo o direito à saúde e reduzindo desigualdades sociais e territoriais.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, M. V. **Enfoque regional na política de saúde brasileira (2001- 2011)**: diretrizes nacionais e o processo de regionalização nos estados brasileiros. Tese (Doutorado em Ciências) – Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina, São Paulo, 2013.

ALFRADIQUE, M. E. *et al.* Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde (Projeto ICSAP – Brasil). **Cad. Saúde Pública**, v. 25, n. 6, p. 1337-1349, 2009.

ANDRADE, M. G. M. L.; COSTA, L. F. A. Microrregionalização de saúde em contexto de reforma do Estado: experiência de implantação de projeto piloto. **Conhecer**: debate entre o público e o privado, n. 20, 2018.

BARBOSA, D. V. S., BARBOSA, N. B., NAJBERG, E. Regulação em saúde: desafios à governança do SUS. **Cad. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/cadsc/2016nahead/1414-462X-cadsc-1414-462X201600010106.pdf>. Acesso em: 14 ago. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. **Manual instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS)**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013.

CARNUT, L.; MASSERAN, J. A. M. O desempenho no Decreto 7.508/2011 e o direito ao acesso aos serviços de saúde: caminhos para uma interpretação pós-positivista. **Revista Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário**, v. 5, n. 4, p. 123-144, 2016.

FURTADO, L. A. C. **O desafio da construção do comum nas máquinas de governo**: o estado em disputa [tese]. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2016.

MARQUES, C. P. Rede de atenção às urgências: avanços e desafios para sua consolidação. **Tempus, actas de saúde colet.**, Brasília, v. 1, n. 8, p. 41-48, mar. 2014.

MELO, A. L. A. **Força de trabalho médica e a regionalização da atenção à saúde do Estado do Ceará**. 2016. 187 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Departamento de Saúde Comunitária da Faculdade de Medicina, Programa de PósGraduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2016.

MICHEL, M. H. **Metodologia e pesquisa científica em ciências sociais**. 2. ed. São Paulo: Atlas, 2009.

MOURA, D. C. N., PINTO, J. R., ARAGÃO, A. E. A. Perfil dos profissionais atuantes na gestão em saúde frente ao novo modelo de reorganização do SUS: a regionalização. **Tempus, actas de saúde colet.**, Brasília, n. 10, v. 1, p. 75-93, mar, 2016.

RÊGO, A. S. *et al.* Fatores associados ao atendimento a idosos por condições sensíveis à Atenção Primária à Saúde. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 778-789, 2017.

SANTOS, L. Região de saúde e suas redes de atenção: modelo organizativosistêmico do SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 4, n. 22, p. 1281-1289, 2017.

SCATENA, J. H. G; TANAKA, O. Y. Os instrumentos normalizadores (NOB) no processo de descentralização da saúde. **Saúde soc.**, v. 10, n. 2, p. 47-74, 2001.

SILVA, H. P. *et al.* **Sozinhos não somos efetivos**. Nota técnica. Projeto de pesquisa Política, Planejamento e Gestão das Regiões e Redes de Atenção à Saúde no Brasil. São Paulo, 2015. Disponível em: <http://www.resbr.net.br/sozinhos-nao-somos-efetivos>. Acesso em: 15 nov. 2017.

SOUZA, T. H. **Recepção do usuário no SUS: estratégias para o acesso à rede de urgência e emergência, na perspectiva do trabalhador**. Santa Catarina: Centro de Ciências da Saúde. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Santa Catarina, 2014.

IMPLANTAÇÃO DA PROGRAMAÇÃO GERAL DE AÇÕES E SERVIÇOS DA SAÚDE NO ESTADO DO CEARÁ: O ESTADO DA ARTE

*Raul Tomé de Sousa Filho
José Jackson Coelho Sampaio*

INTRODUÇÃO

No contexto de subfinanciamento do Sistema Único de Saúde - SUS e do crescimento acelerado dos custos para a saúde é imperativo a realização de ações bem planejadas e uma programação bem estruturada, visando suprir as reais necessidades da população e à otimização da utilização dos recursos públicos.

Sem um planejamento ou programações adequadas, o poder público fica impossibilitado de suprir as necessidades da sua população, gerando, muitas vezes, ações judiciais que visam obrigar o gestor a entregar serviços de saúde que, por vezes, seriam responsabilidade de outro ente (VERBICARO; SANTOS, 2017).

Em desacordo com essa necessidade encontra-se a Programação Pactuada Integrada - PPI. Formulada há muitos anos, baseada numa lógica mercadológica de

oferta de serviços e, por consequência, não supre as necessidades da população (GOYA, 2017). A lógica mercadológica aqui tratada refere-se que ela partiu do que se tinha de oferta pelos prestadores e não nas necessidades de saúde da população, e originada nesse vício traz, até hoje consigo, problemas que se agravam com o crescimento constante da população, e ainda maior de suas demandas por ações e serviços de saúde.

Apesar desses desafios a serem superados com relação à PPI, ela é uma das principais ferramentas de planejamento do SUS, sendo o documento que consoma a pactuação entre os municípios para definir o acesso da população aos serviços de saúde, pois é na PPI que as ações e serviços de saúde são previstos (SILVA; GOMES, 2014).

Ao mesmo tempo em que a PPI define a responsabilidade de cada ente na prestação dos serviços, também subsidia como se dará a alocação dos recursos entre os entes, compondo o principal instrumento de programação financeira na gestão da saúde, em especial quando se trata dos recursos da Média e Alta Complexidade -MAC. Os municípios programam entre si as ações e serviços de saúde que um prestará ao outro e os que compram o serviço pagam ao município que pretende prestar o serviço o valor programado, independente destes serem prestados ou não.

O MAC envolve o uso de tecnologias e o inevitável enfoque em especialidades médicas e, portanto, engloba grande fatia dos recursos do SUS, tornando-se, assim, alvo de interesse econômico e político (KOERICH,

2016) e sendo o setor de maior estrangulamento da saúde (GERSCHMAN, 2008). Isso testemunha por uma importância que deve ser dada a esse recurso.

Os recursos federais do MAC são repassados pela União para os estados e municípios mensalmente por uma modalidade chamada Fundo a Fundo, ou seja, direto do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, já descontado ou acrescido o montante pactuado na PPI (BRASIL, 2011a).

Além da sua lógica mercadológica não atender à necessidade de acesso à saúde da população, em geral, o método apresenta grave injustiça com os municípios menores, que podem ter pagado para os municípios maiores o que, efetivamente, não receberam.

No intuito de sanar as deficiências originadas por conta da lógica da PPI, Ministério da Saúde Pública o Decreto 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a lei 8.080/90 (BRASIL, 2011b). O Decreto teve como objetivo definir alguns termos e inovar onde se fazia necessário para corrigir eventuais falhas no sistema.

Dentre as inovações, o Decreto traz o Contrato Organizativo de Ações Públicas de Saúde - COAP, que define responsabilidades individuais e solidárias dos entes federados quanto às ações e serviços de saúde, metas e recursos financeiros (BRASIL, 2011b).

Para definir o fluxo de construção do COAP, a Comissão Intergestores Tripartite - CIT (2012) publica a Resolução 3, de 2012, que define que a Programação Geral de Ações e Serviços de Saúde - PGASS seria parte inte-

grante desse e é proposta como instrumento que substituirá a PPI por uma nova lógica de programação, dessa vez voltada para as necessidades e demandas de saúde.

No entanto, na mesma resolução, a CIT determinou que a PGASS seria a princípio composta pela PPI, tal como estava até que, em outro momento, a lógica da PGASS fosse efetivamente testada e implantada (BRASIL, 2012).

Dessa forma manteve-se todos os problemas da PPI, já sabidamente ineficaz, esperando por um momento mais propício para a formulação como nova programação. Essa decisão da CIT, embora compreensível pela complexidade que seria uma reprogramação nos moldes de uma PGASS, inviabilizou, ou pelo menos postergou, a reestruturação dos serviços em RAS, pois esta exige uma programação baseada nas necessidades de saúde da população e em diretrizes clínicas, lógica bem diversa da PPI (MENDES, 2011).

O Ministério da Saúde deu início a projetos-pilotos de implantação da PGASS, mas em nenhum deles conseguiu sucesso significativo. O último deles foi no período 2014/2015, envolvendo a Região de Saúde de Quixadá, no Ceará, com 10 municípios e a Região Metropolitana de Curitiba, no Paraná, com a participação de 29 municípios, também sem sucesso efetivo.

No dia 1º de outubro de 2015, o Ministério da Saúde promulga a Portaria 1.631/2015 que determina critérios e parâmetros para o planejamento e programação de ações e serviços de saúde no âmbito do SUS, no entanto, nem os critérios, nem os parâmetros têm, nessa

portaria, caráter impositivo ou obrigatório, permitindo que estados ou municípios realizem ajustes que julgarem necessários para adequar à realidade epidemiológica e demográfica, além de ajustar a capacidade instalada em seus territórios (BRASIL, 2015).

No início do ano de 2017, o Estado do Ceará, por decisão governamental, mesmo sem participação direta do Ministério da Saúde, tomou a iniciativa de planejar a PGASS para o Estado, usando da liberdade dada pela Portaria 1.631/2015, criou seus próprios parâmetros, esses baseados em linhas de cuidados.

O objetivo deste capítulo é relatar o estado da arte da experiência dessa implantação, ainda em andamento, mas em processo de conclusão.

Esse relato de experiência gera registro histórico do processo de implantação, trazendo para o meio acadêmico produção científica sobre o tema, no momento escasso, além de gerar arcabouço técnico para futuras ações de implantação em outros estados.

MÉTODOS

Visando garantir a qualidade do presente relato utilizou-se as diretrizes do Standards for Quality Improvement Reporting Excellence-SQUIRE (Padrões para Excelência em Relatório de Melhoria de Qualidade), que se formatam como um guia aos autores que relatam intervenções de melhoria da qualidade, segurança e valor dos cuidados de saúde (GOODMAN, *et al.*, 2016).

O SQUIRE foi projetado para aumentar a integridade e a transparência de relatórios sobre os trabalhos de melhoria da qualidade (OGRINC, *et al.*, 2008).

O SQUIRE nasceu em 1999 por iniciativa dos editores da revista *Quality in Health Care*, que tinha como objetivo melhorar os relatórios de informação científica biomédica (OGRINC, *et al.*, 2008). É composta por 19 itens agrupados em seis domínios, a saber, título e resumo, introdução, método, resultados, discussão e outras informações, esclarecendo que não há pontuação ao cumprir ou não as sugestões dos itens.

Contexto

O Estado do Ceará usa o modelo de regionalização das ações e serviços da saúde, como condições de equidade de acesso aos serviços. Estando dividido em cinco macrorregiões e 22 regiões de saúde, nessa lógica o seu sistema de saúde é organizado de forma regionalizado, nas regiões de saúde são estruturados, preferencialmente, os serviços que constituem a Atenção Primária em Saúde e a Atenção Secundária, além das Ações de Saúde e dos Serviços de Apoio, via de regra tendo o município sede como o concentrador de maior tecnologia, sendo por conta disso o Polo de referência aos demais. Nos Polos macrorregionais concentram-se os serviços da Atenção Terciária, que respondem por serviços de maior complexidade, que exigem maior especialização e de custo mais elevado (NORÕES, 2001).

Com histórico de produzir inovações tecnológicas para o sistema de saúde, o Estado do Ceará foi pioneiro no projeto Agente Comunitário de Saúde e na Estratégia Saúde da Família, por exemplo.

Intervenção

Pode-se dizer que a implantação da PGASS no Ceará se deu em dois momentos, ambos divididos em fases, segue o primeiro momento.

Uma das principais diferenças do modelo de PGASS proposto pelo Estado do Ceará para com os já tentados pelo Ministério da Saúde é que esse é focado na pactuação por linhas de cuidado desenvolvidas especialmente para esse processo, a saber, 19 delas: Materno-infantil, Materno-infantil de alto risco, Atenção à criança com síndrome congênita do Zika, Atenção à criança de 0 a 12 meses, Atenção à criança de 12 a 24 meses, Atenção à pessoa com hipertensão, Diabetes, Insuficiência Cardíaca, Aneurisma de Aorta Abdominal, Acidente Isquêmico Transitório, Acidente Vascular Encefálico, Doença Arterial Coronariana, Doença Renal Crônica, Doença Arterial Obstrutiva Periférica, Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica, Atenção e Controle do Câncer de Mama e do Colo do Útero, Saúde Mental, Álcool e outras Drogas, Leitos e Consultas Especializadas.

Para cada uma dessas linhas de cuidados foram definidas as ações de saúde necessárias para assistência dos portadores de condições em tela ou para preveni-

-las, selecionando uma parcela populacional que necessitará deles por estratificação populacional de acordo com a prevalência delas.

A definição dessas linhas de cuidado compõe a primeira etapa que deu início à construção dessa ferramenta, sendo apresentada aos gestores em março de 2017.

O passo seguinte foi o desenvolvimento de um sistema para captação das programações de cada município. Ele calculava a necessidade de cada procedimentos e serviços baseando-se nos parâmetros das linhas de cuidado e o município informou sua capacidade instalada para mitigar essas necessidades, se a capacidade instalada fosse maior que o identificado como necessidade, o excedente poderia ser pactuado com os demais municípios da região de saúde, caso oposto, com uma capacidade instalada inferior às necessidades, contratar-se-ia preferencialmente de outro município da região que tenha o procedimento demandado excedente.

As necessidades que não encontrassem solução nem em nível local nem regional seriam classificadas como vazios assistenciais.

Após as pactuações locais, quando se pactuaria regionalmente, por várias críticas ao sistema utilizado, aos métodos escolhidos, e das dificuldades financeiras enfrentadas pelos municípios, o processo estagnou-se. Nessa fase que se seguiria cada Região de Saúde tentaria resolver as demandas dos seus municípios dentro de si mesma.

Esse foi o fim do primeiro momento, desde então ficou parado inconcluso neste estado, até que no fi-

nal de 2018, quando, por ocasião da demanda judicial oriunda do Processo Nº 0002012-48.2006.4.05.8100 da Justiça Federal, reiniciaram os trabalhos, estando em andamento os ajustes e a implantação enquanto este artigo está sendo escrito, com previsão de conclusão para maio de 2019, sendo o início do segundo momento (TRIBUNAL REGIONAL FEDERAL DA 5ª REGIÃO, 2019).

O referido Processo tem como autor o Ministério Público Federal e réus o Estado do Ceará, o Município de Fortaleza, a União e a Universidade Federal do Ceará - UFC e que tinha como objeto originalmente a realização de todas as cirurgias ortopédicas de alta complexidade a serem executadas no Hospital Geral de Fortaleza e no Hospital Universitário Walter Cantídio.

O objeto cresceu e na última audiência, realizada no dia 19 de novembro de 2018, a Juíza Federal Cíntia Menezes Bruneta delimitou algumas tarefas para o Estado do Ceará, entre elas a implantação da PGASS como forma de pactuação no Estado, com o prazo máximo para o dia 1º de maio de 2019, sob pena de “rodagem”, já no dia 02 de maio de 2019, de uma Câmara de Compensação que tem como critério apenas a produção registrada.

Uma rodagem de uma Câmara de Compensação que utiliza exclusivamente como critério a produção registrada significa retirar dos municípios uma parcela significativa do recurso MAC, que se destina não só para custear procedimentos, mas todas as ações e os serviços de Média e Alta Complexidade. Situação ainda mais injusta para os municípios menores, que só têm nesse recurso a fonte para manter seus serviços de maior complexidade.

Diante dessa determinação, o Estado do Ceará reiniciou o processo de programação da PGASS. A expressão “reiniciou” é apropriada, pois embora a experiência adquirida na tentativa anterior de fazê-la tenha sido de grande valia para esse segundo momento, todo o seu produto e o sistema utilizado foram descartados, recomeçando as pactuações e reajustes necessários desde os momentos iniciais.

Iniciando-se, como preparo para a primeira fase, com a revisão e atualização do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES, momento importante para que a informação que está no sistema de informação esteja condizente com a capacidade instalada no ente.

A primeira fase consistiu na revisão da oferta local, identificando a capacidade de resolução das demandas locais, das demandas para serem referenciadas e a capacidade de oferta para outros municípios. Essa fase aconteceu sem maiores percalços, uma vez que os gestores conhecem sua capacidade instalada e possibilidades de ampliações dessas.

A segunda fase foi a pactuação regional, fase que não aconteceu no primeiro momento, nesse aconteceu, mas não sem dificuldades.

Essa fase se deu por negociação entre os municípios e o polo e esse com os prestadores, visando ampliação dos serviços já ofertados e oferta de novos. Foi nesse momento que os municípios de cada região negociaram entre si sua oferta excedente, nessa fase a participação dos municípios polos é indispensável para o bom andamento do processo, uma vez que, via de re-

gra, são os que têm maior estrutura e, portanto, maior capacidade de oferta de ações e serviços de saúde, sejam públicos ou privados que possam ser contratados complementarmente.

As dificuldades encontradas nesse momento foram as mais diversas, mas uma das que se destacaram foi a dificuldade de trabalhar com um volume tão grande de procedimentos, sendo que para a maioria deles cabia negociação entre municípios, polo e prestadores. Para facilitar esse processo, algumas regionais criaram ferramentas próprias, como no caso da regional de Itapipoca, que criou um aplicativo que permitiu aos presentes na reunião de negociação visualizar para cada procedimento o quanto foi demandado por cada município, qual o histórico de realização desse procedimento, quanto está sendo ofertado pelo polo e seus valores, paramentando os decisores das ferramentas necessárias para negociações. No caso da regional de Itapipoca foram negociados nessa fase 404 procedimentos.

Outra dificuldade relatada foi com relação aos recursos, que respeitando o teto MAC de cada município, ao fazerem as pactuações regionais esgotaram o referido recurso, não sobrando nada ou pouco para a próxima fase de pactuações estaduais.

Nesse estado da arte que o processo de pactuação da PGASS encontra-se já superando a primeira tentativa e caminhando com robustez para a fase seguinte, que será constituída pela pactuação estadual, inter-regional.

Nos passo seguinte, serão avaliadas as demandas de referência para outras Regiões de Saúde em

conformidade com a oferta existente, nesse momento o sistema deverá permitir aos gestores executantes a validação da pactuação regional e macrorregional. Posteriormente, o estado deverá homologar a pactuação regional e macrorregional na CIB.

Concluída essa fase, o sistema será reaberto para os municípios realizarem o ajuste da programação local, se necessário, e lincarem os procedimentos por estabelecimento de saúde.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A implantação da pactuação nos moldes da PGASS no Estado do Ceará, embora em andamento, já mostra frutos positivos. A princípio levou gestores e seus técnicos a se debruçarem sobre o que já tinham programado, sobre suas necessidades e seu potencial de resolução, permitindo que compreendam suas necessidades sob a ótica de sua capacidade instalada.

O formato que o Estado do Ceará optou para as pactuações fortalece a regionalização, através da ênfase dada ao planejamento regional integrado.

A possibilidade de identificar os vazios assistenciais é outra vantagem desse processo, hoje os vazios assistenciais são desconhecidos, seja desconhecendo em quais procedimentos estão ou as suas dimensões. Conhecendo-os é possível buscar soluções para ampliar a oferta de serviços, otimizando-os de acordo com as reais necessidades da população.

CONCLUSÃO

A PGASS vem se mostrando, durante o processo, um método de planejamento mais adequado que a PPI para adequar as programações, lógica de programação, dessa vez voltada para as necessidades e demandas de saúde, otimizando a utilização de recursos e amenizando o subfinanciamento.

Já na segunda fase de implantação da PGASS fica claro que os recursos são insuficientes para suprir as necessidades da população, precisando rever a forma de financiamento da média e alta complexidade.

Nesse segundo momento de implantação da PGASS já se superou a primeira tentativa e, até mesmo, as tentativas do próprio Ministério da Saúde em implantá-la. O Ceará está avançado e avançando nesse processo com louvor.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS [internet]**. Brasília: CONASS, 2011a. 223 p. Disponível em: <http://www.conass.org.br/arquivos/file/miolo%20livro%204.pdf>. Acesso em: 20 out. 2017.

BRASIL. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011b. Regulamenta a Lei n. 8080/90, para dispor sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, 29 jun. 2011.

BRASIL. Portaria nº 1.631, de 1º de outubro de 2015. Aprova critérios e parâmetros para o planejamento e programação de ações e serviços de saúde no âmbito do SUS. **Diário Oficial da União**, 2015.

COMISSÃO INTERGESTORES TRIPARTIDE. **Resolução nº 03, de 30 de janeiro de 2012.** Dispõe sobre normas gerais e fluxos do Contrato Organizativo da Ação Pública de Saúde (COAP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

GERSCHMAN, S. Políticas comparadas de saúde suplementar no contexto de sistemas públicos de saúde: União Europeia e Brasil. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 13, n. 5, p. 1441-51, 2008.

GOODMAN, D.; OGRINC, G.; DAVIES, L. *et al.* Explanation and elaboration of the SQUIRE (Standards for Quality Improvement Reporting Excellence) Guidelines, V. 2.0: examples of SQUIRE elements in the healthcare improvement literature. **BMJ Quality & Safety**, v. 25, n. 12, 2016. DOI:10.1136/bmjqs-2015-004480.

GOYA, N. *et al.* State health managers' perceptions of the Public Health Action Organizational Contract in the State of Ceará, Brazil. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1235-1244, abr. 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232017002401235&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 20 jun. 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017224.26982016>.

KOERICH, C. *et al.* Financiamento em Saúde: análise da produção científica no período 2007-2013. **Revista Baiana de Enfermagem**, v. 30, n. 3, 2016. ISSN 2178-8650.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde.** Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

NORÕES, N. M. R. **A saúde no Ceará.** Fortaleza: SESA, 2001.

OGRINC, G.; MOONEY, S. E.; ESTRADA, C. *et al.* The SQUIRE (Standards for Quality Improvement Reporting Excellence) guidelines for quality improvement reporting: explanation and elaboration. **Qual. Saf. Health Care**, v. 17, supl. 1, p. 13-32. DOI:10.1136/qshc.2008.029058.

SILVA, E. C. da; GOMES, M. H. de A. Regionalização da saúde na região do Grande ABC: os interesses em disputa. **Saúde soc.**, São Paulo, v. 23, n. 4, p. 1383-1396, dez. 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902014000401383&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 09 jun. 2017.

TRIBUNAL REGIONAL FEDERAL DA 5ª REGIÃO. **Apelação cível nº 537535/CE** (2006.81.00.002012-4). Relator: Des. Fed. Rubens De Mendonça Canuto (convocado). Fase atual: 31/10/2014. Disponível em: <http://www4.trf5.jus.br/cp/cp.do>. Acesso em: 1 abr. 2019.

VERBICARO, L. P.; SANTOS, A. C. V. A necessidade de parâmetros para a efetivação do direito à saúde: a judicialização do acesso ao hormônio do crescimento no estado do Pará. **Revista de Direito Sanitário**, Brasil, v. 17, n. 3, p. 185-211, mar. 2017. ISSN 2316-9044. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/127784/124779>. Acesso em: 09 jun. 2017.

CAPÍTULO 31

AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DOS SERVIÇOS DE SAÚDE HOSPITALAR NA PERSPECTIVA DO USUÁRIO

*Valéria Corriça de Freitas da Cunha
Carlos Garcia Filho*

INTRODUÇÃO

A avaliação é utilizada para racionalizar a gestão, na prática do planejamento, implementação e monitoramento dos serviços de saúde. O desenvolvimento e a implementação de novas metodologias na área da avaliação dos serviços de saúde, buscam garantir transparência nos gastos, controlar os custos assistenciais crescentes, prestar cuidados adequados e equânimes e reduzir variações na prática clínica.

Nesse contexto, os serviços de saúde hospitalares destacam-se dada sua especificidade em oferecer assistência especializada, diagnósticos e tratamentos mais precisos e de alta complexidade, acolhendo casos de urgência e emergência não atendidos na atenção primária à saúde (SILVA *et al.*, 2016).

Sendo a avaliação um instrumento de gestão com aspectos educativos, ela pode ser usada para qualificar

os serviços, direcionando ações para que a assistência seja realizada de forma segura, adequada e com excelência. Os problemas dos serviços hospitalares públicos são um fenômeno mundial, e a mensuração do grau de satisfação do usuário, com a qualidade dos serviços prestados, é um importante indicador para tomada de decisão da gestão no intuito de melhorar sua qualidade e controlar os custos crescentes. O aumento da expectativa de vida da população traz como consequência o agravamento de doenças crônicas, o que leva cada vez mais usuários a buscar atendimento nos níveis secundários e/ou terciários. Nessa circunstância, estes serviços se caracterizam pela superlotação, pela falta de humanização e por atuarem somente na queixa principal do indivíduo (SILVA *et al.*, 2016).

Um dos problemas evidenciados no sistema de saúde é a porta de entrada dos pacientes para internação hospitalar. As emergências superlotadas e o longo tempo de espera para as internações, mesmo que eletivas, no setor de admissão são evidências desse problema (MOLINA; MOURA, 2016).

As pesquisas de satisfação do usuário são grandes ferramentas de gestão no intuito de melhorar a qualidade dos serviços hospitalares do SUS. A preocupação com a satisfação do usuário no cuidado humanizado, veio ganhar força no Brasil, após a criação do SUS. Dessa forma, os usuários do sistema hospitalar passaram a ter sua opinião introduzida no processo de avaliação da qualidade dos cuidados prestados por esse serviço (SILVA; SOUZA; BARRETO, 2014).

A Humanização na assistência hospitalar deve ser compreendida dentro de um panorama bastante amplo. O usuário desse serviço procura, na assistência da instituição, não só a resolução de seu problema de saúde, mas também alívio e conforto pessoal. Um contato humanizado, não só entre usuários do serviço e a equipe de profissionais da saúde, mas também entre os profissionais e a gestão da instituição, acaba proporcionando maior eficácia do cuidado prestado. Silva *et al.* (2016) e Mota *et al.* (2014), destacam que a confiança no serviço, avaliada positivamente pelos sujeitos, é um fator que pode auxiliar na adesão ao tratamento e na recuperação da saúde do indivíduo. Estudos observam que a confiança é reconhecida como um elemento essencial para o estabelecimento da relação terapêutica, tendo um importante impacto na adesão ao tratamento. A confiança é considerada um reflexo da capacidade que um serviço possui para desempenhar ações benéficas ao usuário, por lhe garantir segurança e qualidade na assistência.

A satisfação é subjetiva, ainda que mensurável, portanto, a compreensão de todas as dimensões e fatores relacionados à satisfação do usuário é importante para melhorar a qualidade dos cuidados de saúde. A avaliação da satisfação, como indicador da qualidade da prestação de cuidados em saúde, é muito útil na comparação de diferentes programas ou sistemas de saúde e na identificação de aspectos que necessitam de melhorias (ALMEIDA; BOURLIATAUX-LAJONIE; MARTINS, 2015).

Fundamentado nas concepções teórico-metodológicas do pediatra armênio Avedis Donabedian, a discussão sobre a qualidade do atendimento em saúde é hoje uma questão de fundamental importância, sendo necessário o envolvimento dos profissionais da saúde, gestores e usuários do sistema de saúde, em um processo contínuo de construção e reconstrução das intervenções e programas sociais

A inclusão da avaliação dos programas e serviços de saúde contribui para o planejamento e gestão do SUS. Para isso, se faz necessário a aproximação entre a pesquisa e a gestão, tornando as práticas avaliativas uma cultura organizacional. A diminuição dos investimentos financeiros na saúde pública junto com os crescentes gastos devido, principalmente, ao aumento das doenças crônicas no Brasil, faz com que avaliar os programas e serviços de saúde, para contenção de custos, seja de grande importância para guiar as ações da gestão na elaboração de políticas e programas sociais.

Analisando as diferentes definições encontradas na literatura, pode-se observar três aspectos comuns que fundamentam o processo de avaliação: (1) avaliação no sentido de formular juízos de valor ou mérito de uma intervenção que visa modificar a realidade social; (2) sistematicidade e rigor na coleta de dados que dão suporte ao julgamento do mérito e valor das ações; (3) a avaliação como ferramenta indispensável para a tomada de decisões, no sentido de oferecer aos gestores, informações necessárias para aprimorar o processo de planejamento e de gestão dos programas, serviços e políticas (ROUQUAYROL; GURGEL, 2013).

Qualidade dos serviços de saúde hospitalar

Para prover qualidade, os serviços de saúde devem respeitar a confiabilidade dos dados clínicos, colocar em prática o trato humanizado, respeitar a autonomia do usuário para tomar decisões, e oferecer adequadas instalações e infraestrutura. O bom desempenho dos serviços de saúde, foi denominado pela OMS, por capacidade de resposta ou responsividade (COMES *et al.*, 2016).

As atividades desenvolvidas no ambiente hospitalar, exigem um vasto conhecimento da organização que pode ser alcançado através de avaliações que promovam estruturação dos trabalhos para uma melhor qualidade dos serviços. Uma das estratégias de monitoramento e melhoria da qualidade desses serviços, é através de indicadores que possibilitem a avaliação da qualidade dos serviços prestados. Um desses indicadores é a satisfação dos usuários.

As primeiras iniciativas mundiais voltadas para a qualidade em saúde surgiram nos hospitais. Avedis Donabedian foi quem primeiro se dedicou de maneira sistemática a estudar e a publicar sobre a qualidade nos serviços de saúde (SOUZA; RIBEIRO; SOARES, 2017). Uma avaliação sistemática, que abranja a organização de saúde e seus usuários, é imprescindível no papel de apontar as necessidades no serviço, corroborando para melhorar a qualidade da assistência.

Segundo Donabedian, a “estrutura” corresponde às características estáveis dos prestadores do serviço, aos recursos, assim como às condições físicas e organi-

zacionais; o “processo” se dá pelo conjunto de atividades desenvolvidas na relação entre profissionais e pacientes; e os “resultados” às mudanças verificadas no estado de saúde dos pacientes que pudessem ser atribuídas a um cuidado prévio (SOUZA; RIBEIRO; SOARES, 2017).

A avaliação é um instrumento de gestão de caráter educativo e qualificador dos serviços, direcionando ações para que toda a assistência prestada seja realizada de forma segura e adequada. A medição da qualidade dos cuidados em saúde requer o uso de escalas válidas e confiáveis. Para garantia de credibilidade e legitimidade dos dados resultantes das pesquisas é necessário que os instrumentos eleitos para a avaliação sofram validação e, se necessário, adaptação cultural. (ALMEIDA; BOURLIATAUX-LAJOINE; MARTINS, 2015).

O resultado de pesquisas e a publicação de *rankings* dos hospitais compõem programas de melhoria da qualidade e, vêm sendo utilizados como subsídio para a adoção de medidas regulatórias, muitas vezes, ligadas a sistemas de pagamentos vinculados à qualidade (MACHADO; MARTINS; MARTINS, 2013).

Essa preocupação tornou-se ainda maior após a instituição, em 2001, do Programa de Acreditação Hospitalar pela Organização Nacional de Acreditação - ONA, que tem a finalidade de implantar um processo de melhorias na assistência. O processo de acreditação avalia os recursos institucionais de forma periódica e ordenadora e de educação permanente dos profissionais com o intuito de garantir a qualidade da assistência por meio de padrões previamente estabelecidos e aceitos (SCHIMDT *et al.*, 2014).

O Ministério da Saúde, no sentido de melhorar a assistência, também desenvolveu o prêmio de Qualidade Hospitalar para as unidades com melhor avaliação por usuários nas pesquisas de satisfação da qualidade de atendimento. Outra medida implantada pelo governo refere-se à Pesquisa Nacional de Avaliação da Satisfação dos Usuários do SUS nos diferentes níveis de atendimento, tendo como objeto de estudo a satisfação e a percepção do usuário como um dos componentes da avaliação do sistema. Sendo assim, o usuário passou a ter a oportunidade de opinar sobre as políticas públicas e identificar os fatores determinantes de sua satisfação (SCHIMDT *et al.*, 2014).

Tais sistemas de avaliação tem como objetivo melhorar o atendimento e a gestão dos serviços de saúde. O maior desafio do setor público brasileiro está na transformação de sua gestão, o que poderia solucionar problemas que há muito tempo vêm comprometendo o seu desempenho. Dessa maneira, as instituições de saúde utilizam as pesquisas de satisfação para melhorarem os aspectos que causam descontentamento dos pacientes. A busca pela qualidade nos serviços de saúde tornou-se um fenômeno mundial, consequência do aumento da conscientização de que a qualidade é indispensável para a sobrevivência dos serviços de saúde. Além disso, constitui uma responsabilidade ética e social dos hospitais públicos (SCHIMDT *et al.*, 2014).

No Brasil, em 2005, foi implantado o Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde - PNASS, um sistema de acompanhamento da qualidade dos servi-

ços de saúde que se propõe, de maneira formal e rotineira, a avaliar o desempenho dos estabelecimentos. Esse instrumento de avaliação é vinculado ao repasse de verbas aos gestores locais (MACHADO; MARTINS; MARTINS, 2013).

O PNASS tem como objetivo avaliar os estabelecimentos de atenção especializada em saúde, ambulatoriais e hospitalares, que recebem recursos financeiros provenientes de programas, políticas e incentivos do Ministério da Saúde, quanto às seguintes dimensões: estrutura, processo, resultado, produção do cuidado, gerenciamento de risco e a satisfação dos usuários em relação ao atendimento recebido. Para o alcance desse objetivo, o PNASS possui três instrumentos avaliativos distintos: o roteiro de itens de verificação; o questionário dirigido aos usuários e o conjunto de indicadores (BRASIL, 2015).

Definição operacional de satisfação do usuário e possibilidades de mensuração

A satisfação do usuário pode ser definida como a percepção de suas necessidades junto ao atendimento de suas expectativas e à avaliação das características e dos resultados de sua experiência com o tratamento realizado (SOUZA; RIBEIRO; SOARES, 2017).

Silva *et al.* (2016), traz em seus estudos a importância da mensuração da satisfação do usuário, apontado que usuários satisfeitos tendem a aderir ao tratamento

prescrito, a fornecer informações importantes e verdadeiras para os profissionais e a continuar utilizando os serviços de saúde, referindo, ainda, que eles tendem a obter melhor qualidade de vida.

Nesse sentido, torna-se fundamental conhecer o julgamento que o usuário faz, para direcionar as práticas em saúde e subsidiar alterações na forma de organização do serviço. Ainda segundo Silva *et al.* (2016), o grau de satisfação dos usuários, deve ser avaliado em relação a alguns critérios, tais como: confiança na equipe, marcas da humanização (educação, respeito e interesse), ambiência (conforto, limpeza e sinalização), agilidade no atendimento, encaminhamento e/ou agendamento de consulta.

O conceito de satisfação do usuário tornou-se relevante, no mundo, a partir dos anos 1960, acompanhando o desenvolvimento da avaliação de serviços de saúde.

Destaca-se que a ideia da satisfação do paciente define-o como sujeito de práticas e coloca-o no lugar de poder valorizar certos atributos que são considerados importantes para a atenção. Esta valorização do relato do paciente outorga-lhe um lugar privilegiado como sujeito de direitos e fortalece, direta e indiretamente, a cultura participativa (COMES *et al.*, 2016, p. 58).

No Brasil, o tema satisfação do usuário tornou-se importante a partir do desenvolvimento do SUS, em 1988, porém, ganhou força somente na segunda meta-

de da década de 90, com o maior controle do governo sobre o SUS e a maior participação da população nas decisões sociais (SCHIMIDT *et al.*, 2014).

A partir de então, a OMS incorpora o conceito de responsividade que se refere aos aspectos não médicos do cuidado, em complementação ao de satisfação dos usuários que envolvem o cuidado da saúde desde a relação médico-paciente até a qualidade do atendimento clínico e dos profissionais da saúde. A OMS traz este conceito para se referir aos elementos não diretamente ligados ao estado de saúde, considerando que:

Além de promover e manter a saúde das pessoas, os sistemas de saúde devem tratar com dignidade, facilitar a participação nas decisões sobre os procedimentos médicos, incentivar a comunicação clara entre profissionais e usuários, além de garantir a confidencialidade dos dados médicos dos pacientes (COMES *et al.*, 2016, p. 18).

Comes *et al.* (2016) definem responsividade pelas seguintes variáveis: qualidade das instalações; acesso a redes de apoio social para os pacientes; liberdade para escolher o serviço de saúde; respeito pelas pessoas, que abrange o respeito pela dignidade, o caráter confidencial da informação sobre a própria saúde, a autonomia para participar de decisões sobre a saúde; e a orientação ao usuário, abrangendo a pronta atenção, possibilitando escolhas de acordo com as suas necessidades.

Nesse contexto, as pesquisas sobre responsividade diferem das de satisfação dos usuários ao avaliarem

o sistema de saúde em sua totalidade, abrangendo os aspectos não médicos do cuidado e as percepções individuais legítimas dos usuários. Em contraste, nas pesquisas de satisfação mais subjetivas, avalia-se o usuário e sua relação com os profissionais da saúde e trabalhadores, as interações clínicas dos usuários e profissionais e as necessidades percebidas individualmente (COMES *et al.*, 2016).

A preocupação com a qualidade dos serviços prestados pelo setor hospitalar sempre esteve em lugar de destaque, já que as primeiras iniciativas internacionais em relação à qualidade em saúde concentraram-se nos hospitais. Pesquisas de satisfação do usuário são importantes ferramentas para a Gestão na tomada de decisão, no intuito de melhorar a qualidade desses serviços. A avaliação da satisfação dos usuários é um indicador da qualidade e eficácia dos cuidados em saúde prestados, portanto é muito importante que essa avaliação seja feita através de instrumentos válidos para a coleta desta informação (MOTA *et al.*, 2014).

Apesar de a satisfação dos usuários ser considerada uma variável de difícil operacionalização, por ser multidimensional e subjetiva, tem existido esforço em sistematizar suas grandes dimensões. As dimensões do conceito satisfação, podem ser agrupadas em fatores inerentes aos serviços de saúde e fatores inerentes ao usuário. Os fatores inerentes aos serviços de saúde, também designados por dimensões da satisfação, são: aspectos técnicos, aspectos interpessoais, acessibilidade, disponibilidade, continuidade de cuidados, aspec-

tos financeiros, resultado dos cuidados, e características físicas do ambiente. Os principais fatores inerentes ao usuário são o estado de saúde, características socioeconômicas e demográficas e as suas expectativas (MOTA *et al.*, 2014).

A satisfação dos usuários com os cuidados prestados pelos serviços de saúde, pode ser avaliada de diversas formas, sendo o questionário uma das mais utilizadas. Coluci, Alexandre e Milani (2015), destacam que questionários são instrumentos que fazem parte da prática clínica, da avaliação em saúde e de pesquisas. Esses instrumentos são de grande importância nas tomadas de decisões sobre o cuidado, tratamento e/ou intervenções e na formulação de programas de saúde e de políticas institucionais. Com o atual e crescente interesse pelo cuidado à saúde, pesquisadores e organizações internacionais têm desenvolvido instrumentos importantes e de grande aplicabilidade. São diversos os aspectos avaliados e/ou mensurados por estes instrumentos, tais como: dor, qualidade de vida, capacidade funcional, estado de saúde, vitalidade e limitações, adesão ao tratamento, fatores emocionais e psicossociais, dentre outros.

Pesquisadores apontam que os instrumentos para avaliação só são úteis e capazes de apresentar resultados cientificamente robustos quando apresentam boas propriedades psicométricas. Apesar do aumento significativo do número de escalas de avaliação e/ou questionários, muitos não são desenvolvidos e validados de forma apropriada (COLUCI; ALEXANDRE; MILANI, 2015).

Segundo Coluci, Alexandre e Milani (2015), os questionários de avaliação, trazem dados que facilitam a troca de informações e divulgação do conhecimento entre a comunidade científica. Sendo assim, recomenda-se dar preferência por realizar a adaptação cultural de questionários previamente desenvolvidos e validados em outros idiomas em detrimento de construir novos instrumentos.

Para adequar um instrumento idealizado em outros países é necessário a realização de uma adaptação transcultural, que objetiva promover o intercâmbio de uma realidade cultural para outra, através de caminhos metodológicos, o que garante que os aspectos de mensuração do instrumento sejam fidedignos ao que se destina. Para a realização dessa adaptação é necessário seguir duas etapas importantes: a tradução e a avaliação da equivalência semântica, que deve ser realizada por especialistas fluentes nas línguas de origem e destino do instrumento; e a avaliação da equivalência de mensuração, pelas propriedades psicométricas, através de rigorosas análises estatísticas, que garantirão a qualidade dos dados, a confiabilidade, a validade de construto e a dimensionalidade do instrumento (ZUMPRANO *et al*, 2017).

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, R. S.; BOURLIATAUX-LAJOINIE, S.; MARTINS, M. Satisfaction measurement instruments for healthcare service users: a systematic review. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 1, p. 11-25, jan.

2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&id=S010211X2015000100011&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 25 set. 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00027014>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. **Pnass**: Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde. Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 64p.: il. ISBN 978-85-334-2293-3.

COLUCI, M. Z. O.; ALEXANDRE, N. M. C.; MILANI, D. Construção de instrumentos de medida na área da saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 925-936, mar. 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232015000300925&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 18 jul. 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015203.04332013>.

COMES, Y.; TRINDADE, J. S.; SHIMIZU, H. E.; HAMANN, E. M.; BARGIONI, F.; RAMIREZ, L.; SANCHEZ, M. N.; SANTOS, L. M. P. Avaliação da satisfação dos usuários e da responsividade dos serviços em municípios inscritos no Programa Mais Médicos. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 9, p. 2749-2759, set. 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232016000902749&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 25 set. 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015219.16202016>.

MACHADO, J. P.; MARTINS, A. C. M.; MARTINS, M. S. Avaliação da qualidade do cuidado hospitalar no Brasil: uma revisão sistemática. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 6, p. 1063-1082, jun. 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2013000600004&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 07 jun. 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2013000600004>.

MOLINA, K. L.; MOURA, G. M. S. S. A satisfação dos pacientes segundo a forma de internação em hospital universitário. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 29, n. 1, p. 17-25, fev. 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010321002016000100017&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 25 jul. 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8787.20150100017>.

org/10.1590/1982-0194201600004.

MOTA, S.; ARAÚJO, M.; TRIGUEIROS, M.; LEUCHNER, A.; SOUSA, M. Construção e validação de um instrumento para avaliar a satisfação e importância atribuída aos serviços de enfermagem prestados na área da saúde mental. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**, Porto, n. spe1, p. 53-58, abr. 2014. Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S164721602014000100009&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 07 jun. 2017.

ROUQUAYROL; M. Z.; GURGEL, M. **Epidemiologia & Saúde**. 7. ed. Rio de Janeiro: MedBook, 2013. p. 533-544.

SCHMIDT, S. M. S.; MULLER, F. M.; SANTOS, E.; CERETTA, P. S.; GARLET, V.; SCHIMITT, S. Analysis of satisfaction of users in a university hospital. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 101, p. 305-317, jun. 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010311042014000200305&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 25 set. 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.5935/0103-1104.20140028>.

SILVA, P. L.; PAIVA, L.; FARIA, V. B.; OHL, R. I. B.; CHAVAGLIA, S. R. R. Triage in an adult emergency service: patient satisfaction. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 50, n. 3, p. 427-433, jun. 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S08062342016000300427&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 25 set. 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420160000400008>.

SILVA, S. F.; SOUZA, N. M.; BARRETO, J. O. M. Fronteiras da autonomia da gestão local de saúde: inovação, criatividade e tomada de decisão informada por evidências. **Ciência & Saúde Coletiva**, nov. 2014. ISSN 1413-8123. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63032416015>. Acesso em: 09 abr. 2017.

SOUZA, P. C.; RIBEIRO, C. F.; SOARES, S. S. Satisfação dos usuários da assistência hospitalar: o caso de um hospital público do SUS do estado de Mato Grosso. **Rev. Adm. Saúde**, v. 17, n. 69, out-dez, 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.23973/ras.6963>.

ZUMPRANO, C. A.; MENDONÇA, T. M. S.; SILVA, C. H. M., CORREIA, H.; ARNOLD, B.; PINTO, R. M. C. Adaptação transcultural e validação da escala de Saúde Global do PROMIS para a língua portuguesa. **Caderno de Saúde Pública**, v. 33, n. 1, p. 23, jan. 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00107616>.

CONSTRUÇÃO DO FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO DA EMERGÊNCIA DE UM HOSPITAL TERCIÁRIO A PARTIR DA TRIAGEM MÉDICA

*Rohden Leite Varela Filho
Nathalia Maria Girão da Silva
Adriano Rodrigues de Souza*

INTRODUÇÃO

Como coordenador da emergência de um grande hospital terciário, percebi que a grande demanda em nossa emergência trazia constantes desentendimentos e tensões entre os pacientes e, também, dos pacientes com os profissionais, algumas vezes chegando a haver agressões verbais e físicas. Além disso, alguns protocolos preveem o encaminhamento de pacientes não urgentes, para unidades básicas de saúde, o que são, particularmente, geradores de queixas dos clientes, pois estes podem não aceitar que a decisão de ser atendido pelo médico seja de responsabilidade de outro profissional, em geral da enfermagem, e não do próprio cliente (FERREIRA, 2009).

Com a institucionalização da prática de não exclusão, onde todos os pacientes devam ser atendidos no

local onde eles buscam avaliação, criou-se uma demanda desproporcional às unidades terciárias e específicas, pois foi imputado ao usuário a decisão de onde ele deve ser atendido. Em consequência disto e da classificação, pacientes sem gravidade passaram a competir com outros mais graves pelo atendimento médico. Começaram a questionar a razão de longos períodos de espera para serem avaliados. A classificação “não urgente” feita pela equipe de triagem classificatória muitas vezes não corresponde à ideia que o paciente tem de seu caso, isto é, pacientes que, apesar de não necessitarem de atendimento urgente, podem considerar ter um problema urgente ou mesmo emergente (SOUZA, 2009).

Como unidade aberta de emergência específica em saúde cardiopulmonar, muitas vezes os pacientes que procuram sua emergência encontram-se fora do perfil de atendimento, causando superlotação do espaço físico, sobrecarregando as equipes médica, enfermagem, técnica (laboratório e imagem) e atrasando a avaliação dos pacientes mais graves e de perfil da referida emergência.

O excesso de demanda e a especificidade do local de atendimento culminam na superlotação das urgências/emergências dos hospitais públicos e particulares. No Estado do Ceará, estima-se, pelo IBGE (2017), uma população de 8.988.091 habitantes. Com uma população elevada para o quantitativo de emergências existentes e com o aumento da expectativa de vida, as doenças crônicas e degenerativas passam a apresentar uma maior na incidência e, por conseguinte, tornam-se

as principais causas de morte e internações, constituindo-se importante componente das emergências brasileiras (BRASIL, 2011).

No Ceará, uma única unidade hospitalar situada em Fortaleza oferece serviço a todo o Estado, além de receber encaminhamentos dos estados do Norte e Nordeste. Com a oferta de serviços de saúde desproporcional com a demanda da população, tornou-se essencial o uso de sistemas de classificação de risco. O objetivo da implantação de escalas e protocolos de estratificação de risco é classificar os pacientes que chegam aos serviços de urgência e emergência, antes da avaliação diagnóstica e terapêutica completa, de maneira a identificar os pacientes com maior risco de morte ou de evolução para sérias complicações, que não podem esperar para serem atendidos, e garantir aos demais o monitoramento contínuo e a reavaliação até que possam ser atendidos pela equipe médica (GILBOY *et al.* 2011).

Esta classificação deve ser implantada em todas as portas de entrada do SUS e deve ser realizada por profissional de saúde, de nível superior, mediante treinamento específico e utilização de protocolos preestabelecidos e tem por objetivo avaliar o grau de urgência das queixas dos pacientes, colocando-os em ordem de prioridade para o atendimento (BRASIL, 2002). Consideram-se como sistemas mundialmente aceitos de acolhimento e classificação de risco, encontram-se, principalmente: Emergency Severity Index – ESI (GILBOY *et al.*, 2011), Australian Triage Scale – ATS (AUSTRALASIANCOLLEGE FOR EMERGENCY MEDICINE, 2000b; a), Canadian Triage and Acuity

Scale – CTAS (BULLARD *et al.*, 2008; WARREN *et al.*, 2008), MAT-SET – Modelo Andorrano de Triage e Sistema Español de Triage (Organización Panamericana de la Salud, 2011) e Manchester Triage System – MTS / Protocolo Manchester (MACKWAY-JONES, MARSDEN E WINDLE, 2006).

Dentre estas, no Brasil, a mais utilizada é a escala de Manchester que é composta por cinquenta e dois fluxogramas e por discriminadores gerais (vias aéreas, respiração e circulação) e específicos (dor, hemorragia, nível de consciência, temperatura, duração do problema), onde os pacientes são classificados em cinco níveis de prioridade: azul, verde, amarelo, laranja e vermelho, em ordem crescente de necessidade (MOREIRA, 2010).

A palavra triagem significa separação; processo através do qual os pacientes são separados por ordem de acordo com a gravidade de sua condição. No Brasil, convencionou-se a substituição do termo triagem, que pressupõe exclusão, pela expressão classificação de risco, o que significa agilidade no atendimento, pela análise do grau de necessidade do usuário, conforme protocolos (BRASIL, 2008b) e priorizando os pacientes que necessitam de tratamento imediato, de acordo com o potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento, a partir de um atendimento usuário-centrado, evitando práticas de exclusão (BRASIL, 2004).

Sendo assim, o acolhimento com classificação de risco no Sistema Único de Saúde (SUS), com o intuito de reorganizar o fluxo dos usuários e oferecer conforto e escuta em uma situação de vulnerabilidade, vem substituir a tradicional triagem. Diferencia-se da triagem por

que visa atender a todos, utilizando como base o grau de prioridade de cada usuário, com critérios organizados. O grau de prioridade é definido por meio de protocolo padrão elaborado pela instituição, com fundamento no protocolo do Ministério da Saúde (BRASIL, 2009).

Considerando os relatos acima e a função de coordenador da maior emergência estadual, percebi que há um grande atendimento de pessoas fora do perfil técnico ou de gravidade de nossa emergência. Não é incomum atendermos pacientes com doenças cerebrovasculares, renais, neurológicas, gestantes e pediátricos, que poderiam ser melhores assistidas em unidades específicas.

Como forma de melhorar a atenção prestada na emergência desta unidade, sugerir a implementação do serviço de triagem médica, como forma de classificação mediata e seletiva de atendimento. Acredito que esta nova estruturação de atendimento contribuirá para que os pacientes tenham um tempo de espera menor para atendimento e realização de exames, os profissionais de saúde terão uma ferramenta onde poderão registrar o atendimento de triagem e referenciar os pacientes fora de perfil para unidades mais indicadas para tratamento. Assim, a sociedade contará com um serviço de referência mais organizado, rápido e com condições melhores de realização de avaliações.

Assim vale questionar: o acolhimento com classificação de risco é a melhor maneira de iniciar o atendimento em unidade de emergência especializada? Como resolver, então, o problema de excesso de atendimento em unidades especializadas? A triagem médica

torna-se o caminho para enfrentamento deste problema nas emergências especializadas? Objetivando contribuir para solucionar alguns destes questionamentos nos propomos construir o fluxograma de atendimento da emergência de um hospital terciário a partir da triagem médica.

METODOLOGIA

Trata-se de um projeto de intervenção que consistiu na implantação de um novo fluxograma de atendimento na emergência de hospital terciário. A atividade foi desenvolvida no período de junho 2016 a dezembro de 2017 em uma unidade terciária especializada no diagnóstico e tratamento de doenças cardíacas e pulmonares em um Hospital no Estado do Ceará.

Esta unidade hospitalar é uma instituição gerenciada pela Secretaria de Saúde do Ceará e dispõe de todos os procedimentos de alta complexidade nas áreas cardiopulmonar, destacando-se no transplante cardíaco de adultos e crianças e no atendimento de pacientes dos 184 municípios do Ceará e das regiões Norte e Nordeste do país. Sua emergência disponibiliza aos seus usuários um acesso aos mais complexos tratamentos clínicos, cirúrgicos e unidade de hemodinâmica para as doenças cardíacas e cardiovasculares. Entre as cirurgias cardíacas mais relevantes, encontram-se a revascularização do miocárdio, valvulares, congênitas, transplantes cardíacos, implante de coração artificial, aneurisma, mixoma e

outras. Na unidade de hemodinâmica, os pacientes têm acesso aos implantes de marca-passo, cardiodesfibriladores internos - CDI, cateterismos, angioplastias com *stent* e demais procedimentos menos invasivos, que muitas vezes solucionam definitivamente a enfermidade cardíaca (SESA 2016).

Com o funcionamento de 24h, o setor da emergência conta com uma equipe multidisciplinar para atendimento aos pacientes. A área física é dividida em três eixos principais: vermelho, amarelo e azul. O eixo vermelho, onde são atendidos os pacientes com risco de morte e necessidade de observação contínua, conta com equipe de cinco médicos, oito enfermeiros e 16 auxiliares de enfermagem. No eixo amarelo, que compreende o pronto atendimento (PA) e a sala de medicação (SM), a equipe é composta de quatro médicos, três enfermeiros, seis auxiliares de enfermagem, quatro técnicos de laboratório, dois técnicos de radiologia e dois auxiliares de transporte. Por último, o eixo azul compreende a classificação de risco contando com o médico chefe de equipe, um(a) enfermeiro(a) e um(a) técnico(a) de enfermagem para classificação. Fazem parte da emergência, unidades gerenciais e de apoio, sendo oito funcionários do SAME, dois assistentes sociais e quatro seguranças (SESA, 2016).

A estrutura física conta com três consultórios médicos, uma sala para raio X, uma sala para coleta de exames laboratoriais, sala para as categorias gerenciais, repouso médico e de enfermagem, sala para triagem e acolhimento com classificação de risco.

O projeto foi desenvolvido na unidade terciária descrita e teve como população-alvo os profissionais 40 médicos e de 16 da enfermagem, contando com três fases.

A primeira fase consistiu na observação e descrição do fluxo de atendimento antigo com seu sistema de classificação de risco, identificando seus pontos críticos, com medição dos tempos de espera para atendimentos, quantidade de pacientes por tipo de classificação e problemas cotidianos da superlotação.

Na segunda fase foi realizado o planejamento para construção do novo fluxo e sua implementação, com reuniões com profissionais médicos e de enfermagem. O projeto inicial foi discutido e modificado para que atendesse aos principais direcionamentos para a triagem médica: utilizar mínimo de informações, quais exames complementares utilizar e tempo curto para realização.

A terceira fase consistiu na implantação, iniciando com projeto-piloto, que foi reavaliado e modificado para apresentação final para direção médica e de enfermagem da emergência e, posteriormente, para a direção do hospital.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Fluxograma de atendimento atual

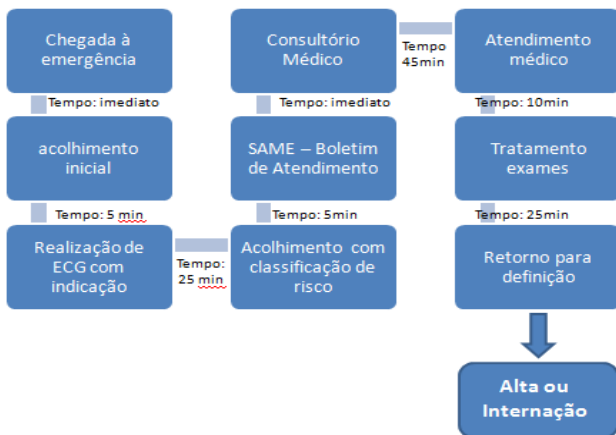
No fluxo de atendimento preexistente, os pacientes eram acolhidos na emergência por equipe de enfermagem onde eram aferidos seus sinais vitais (pressão arterial, frequência cardíaca, saturação oxigênio, frequência respiratória) por técnica(o) de enfermagem e

realizada anamnese pelo(a) enfermeiro(a), que descrevia os sintomas e fatores de risco, como: hipertensão, diabetes, tabagismo, etilismo, dislipidemias.

Seguindo Protocolo Manchester (Ministério da Saúde, 2009), os pacientes eram classificados nas cores: azul, verde, amarelo e vermelho como ordem crescente de necessidade de atendimento emergencial. Os pacientes classificados como vermelho, tinham atendimento médico imediato, conhecido como sala de parada cardiorrespiratória - SPCR. Todos os demais pacientes seguiam para atendimento médico no pronto atendimento (PA), onde deveriam ter os seguintes tempos máximos de espera: amarelos até 30 minutos, verdes até duas horas e azuis até quatro horas. Durante este período, poderiam passar por reclassificação e mudar a prioridade de atendimento a partir de suas necessidades.

Como evidenciado, na figura I, o número de atendimentos impressiona. Isto impactava diretamente na qualidade e no tempo dos serviços, registrando uma média de 30 minutos para realização da classificação de risco, cinco(5) minutos para realização do eletrocardiograma (ECG), cinco(5) minutos para abrir boletim de atendimento no Serviço de Arquivo Médico e Estatístico - SAME, 45 minutos para o primeiro atendimento médico, três horas para realização e liberação de exames de laboratório e 25 minutos para retorno ao médico para apresentar exames, totalizando até seis(6) horas de permanência na emergência, contando com tempo em cada serviço, além da espera.

Figura 1 - fluxograma do atendimento com tempos médios de espera



Fonte: CFM, 2014.

A figura II descreve o número médio de atendimentos mensais, distribuindo pelos dias da semana, evidenciando que a procura dos pacientes é maior durante a semana do que nos finais de semana.

Figura 2 - média de atendimentos médicos mensais e distribuição semanal



Fonte: Varela Filho, 2014.

No fluxo de atendimento preexistente na unidade, o paciente era abordado pelo segurança na porta de entrada e orientado a ir para o acolhimento, onde eram aferidos seus sinais vitais e questionados sobre a queixa principal. Nesta primeira avaliação, quando detectado sintomas como: dispneia (falta de ar) ou dor torácica, a auxiliar de enfermagem encaminhava para realização do Eletrocardiograma - ECG, após seguia para classificação de risco. Na classificação o paciente era avaliado pela(o) enfermeira(o), com anamnese, avaliação dos sinais vitais e de gravidades ao ECG (arritmias graves e alteração de segmento ST).

Com a classificação de risco findada, o paciente era identificado por uma pulseira na cor da classificação de sua demanda e encaminhado ao SAME para abertura do boletim de atendimento e, finalmente, encaminhado para ala dos consultórios médicos para primeiro atendimento, realização de exames/tratamentos, retorno e decisão clínica de internamento ou alta.

Implantação do novo fluxograma de atendimento

Durante a execução do projeto de intervenção deparamo-nos com uma estrutura de atendimento baseada no Protocolo de Manchester, no entanto, pela experiência dos pesquisadores logo ficou percebido que este protocolo era inadequado para o bom funcionamento da emergência cardiológica desta unidade. No atual fluxograma, a enfermagem fazia o acolhimento

com a classificação de risco e os pacientes entravam para os consultórios médicos, e isto gerava dois grandes problemas: pacientes fora do perfil seguiam para atendimento na emergência e tempo de espera prolongado, fazendo um grande acúmulo de pacientes na emergência da instituição.

A ideia inicial foi reorganizar o fluxo de atendimento iniciando com uma avaliação médica e não mais da enfermagem, sendo denominado como triagem médica, com essa avaliação inicial de poucos minutos, o médico triador definiria se o paciente continuaria o atendimento na emergência terciária cardiopulmonar ou seria referenciado para as redes primária, secundária ou terciária de outras clínicas específicas.

Para propor este novo formato de atenção foram realizadas reuniões com os cardiologistas e pneumologistas que trabalham nas enfermarias e emergência da unidade e a partir desta reunião iniciou-se um estudo para definição do que seria necessário para a realização da triagem médica. Como toda ideia nova, muitas dúvidas e debates emergiram-se, sendo os pontos mais importantes: qual o mínimo de informações que o médico deveria ter do caso do paciente, exames complementares e qual o tempo utilizado para a realização.

Após diversos debates e reuniões foi definido um roteiro que constava: sinais vitais, roteiro de orientação de anamnese sucinta e que poderiam ser realizados eletrocardiograma e Raio X do tórax, como exames complementares. O procedimento operacional foi levado para direção da emergência e do hospital para apreciação e implementação.

Outro aspecto primordial na mudança foi de não gerar nenhum impacto financeiro negativo com elevação de custos. Como existiam quatro (4), profissionais médicos do pronto atendimento, um (1) foi deslocado para a realização da triagem, fato que não aumentou os custos, pois não foi necessária a contratação de mais profissionais. Como todo processo novo, a triagem médica iniciada na unidade, trouxe muita resistência à sua implantação, tanto pelos colegas médicos que acreditavam que ficariam sobrecarregados, pois seria retirado um colega do atendimento do PA, quanto pela enfermagem que acreditava que estava sendo vilipendiada no seu direito à classificação de risco.

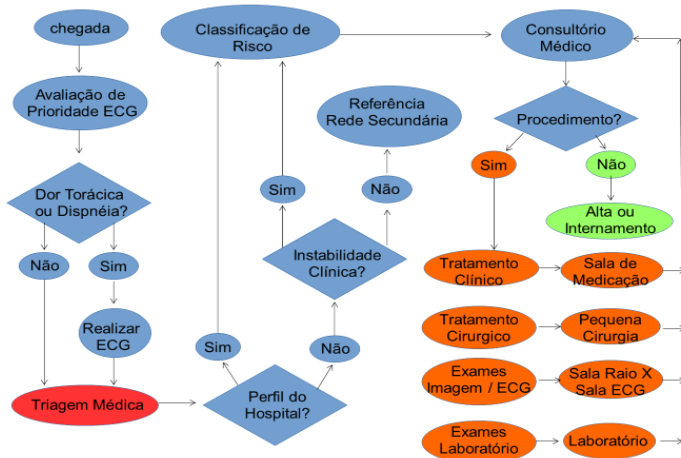
Após todo processo de implantação, com reuniões, discussões e definições com os médicos do pronto atendimento, com apresentação de dados do número de atendimentos e perspectiva de impacto, mesmo assim não foi suficiente para convencer os profissionais médicos a iniciar a triagem. Como pesquisador e profissional da instituição foi proposto a realização de um plano-piloto, onde passei a realizar a triagem médica durante uma semana no período das 7h às 19h, com registro dos números de atendimentos, dos encaminhamentos e dos atendimentos realizados na unidade.

O projeto-piloto resultou em uma experiência exitosa, com a redução de 35% do número total de pacientes encaminhados ao PA, o que prontamente convenceu os profissionais deste ambiente da importância da triagem médica. Com o projeto-piloto equipe e gestores ficaram convencidos de que a triagem médica,

neste tipo de serviço, contribuiria para redução da carga de trabalho, assim a gestão passou a remunerar os profissionais médicos que optaram por executar esta nova atividade e, atualmente, só não é realizada nas madrugadas (00h às 6h da manhã), contando com equipe também nos finais de semana.

Com relação à enfermagem, o piloto realizado para convencer os médicos, automaticamente também as convenceram. A equipe percebeu que seu lugar na classificação de risco estava garantido e que a quantidade de pacientes não só havia diminuído, mas também, a porcentagem de pacientes verdes caíra cerca de 80% nos registros feitos pela enfermagem.

Figura 3 - Novo Fluxo de atendimento na Emergência 2018



Fonte: Elaborado pelos autores.

A figura VI apresenta o novo fluxo proposto. O paciente ao chegar na emergência para avaliação passa, prioritariamente, pelo profissional enfermeiro que avaliará a necessidade de eletrocardiograma e, assim, identificar pacientes com potencial de gravidade e agilizar o exame. Em seguida, o paciente é encaminhado para sala de triagem médica, onde é realizada aferição dos sinais vitais por técnica de enfermagem e anamnese, exame físico e avaliação do ECG pelo profissional médico. Este, então, decide se o paciente continua seu atendimento na emergência, sendo direcionado para a sala de classificação de risco; o paciente deve ter seu atendimento redirecionado para a rede primária (Unidade Básica de Saúde da Família - UBASF); o paciente deve ter seu atendimento direcionado à rede secundária de emergência (Unidades de Pronto Atendimento - UPAs ou hospitais secundários); o paciente deve ter seu atendimento continuado em outras unidades terciárias específicas, como trauma, neurologia, nefrologia etc. Neste caso, os pacientes são direcionados para a chefia de equipe da emergência para terem regulação médica efetivada e transferidos.

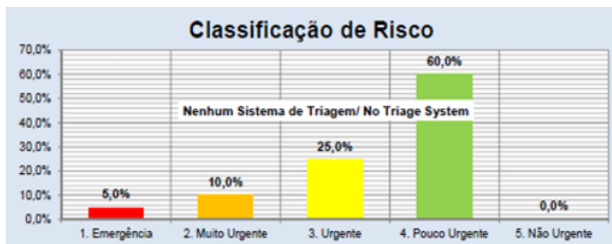
Todos os pacientes que apresentarem sinais de gravidade ou risco iminente de morte são acolhidos e atendidos até sua estabilização para que possam ser regulados e encaminhados para unidades específicas com melhor suporte de atendimento. Com a implementação do novo fluxo, tivemos bons resultados na diminuição dos tempos de atendimento aos pacientes mais graves, redução da quantidade de pacientes com classificações menos gra-

ves e diminuição da procura da emergência de uma forma geral. O tempo para realização do eletrocardiograma - ECG e a avaliação dele está abaixo de 10 minutos.

Com a avaliação rápida do ECG, o paciente ganhou em agilidade de atendimento, pois nos casos de arritmias graves ou infarto do miocárdio com supra de segmento ST, são imediatamente encaminhados, em conjunto com profissional de enfermagem da classificação de risco, para a sala de parada cardiorrespiratória, local onde são avaliados e conduzidos os pacientes vermelhos. Com a implantação do novo fluxograma, a unidade hospitalar passou a atingir o tempo internacional do porta-balão (tempo transcorrido da chegada do paciente ao hospital (porta) até estar dentro da sala de hemodinâmica onde é realizado o cateterismo cardíaco com angioplastia balão e tratamento específico, se indicado) de menos de 90 minutos. Antes da implantação do novo fluxograma, o tempo porta-balão era, em média, de 120 minutos.

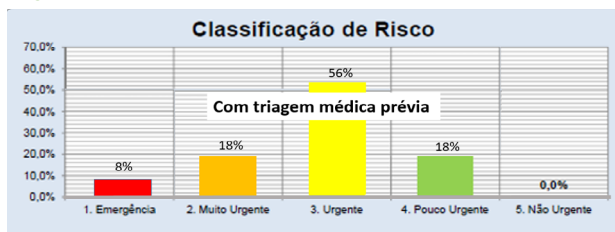
Outro resultado observado com o novo fluxograma foi a melhor distribuição dos atendimentos e previsão da quantidade de internamentos em relação ao fluxo preexistente, pois melhorou a capacidade de gerenciamento da emergência, além disso, ficou perceptivo que ocorreu uma redução significativa no quantitativo de atendimento. As figuras V e VI, retratam a redução dos atendimentos às segundas-feiras, onde os atendimentos em 24h que eram em média de 335 pacientes, caíram para 222 (redução de 33,7%), apresentando o mesmo padrão homogêneo de atendimento nos demais dias.

Figura 4 - Porcentagem de pacientes nas categorias de classificação de risco sem triagem médica



Fonte: SAME – Hospital de Messejana.

Figura 5 - Porcentagem de pacientes nas categorias de classificação de risco com triagem médica



Fonte: SAME – Hospital de Messejana.

Os resultados são animadores, no entanto, uma divulgação junto à população torna-se necessário, pois os principais problemas resultaram da não compreensão por parte desta. A ausência de explicação e divulgação do novo fluxo de atendimento à população gerou agressividade e violência verbal aos médicos de plantão. Chegou-se a registrar agressão física a médicos devido à orientação para o paciente continuar seus atendimentos em outras unidades hospitalares de níveis secundário ou terciário.

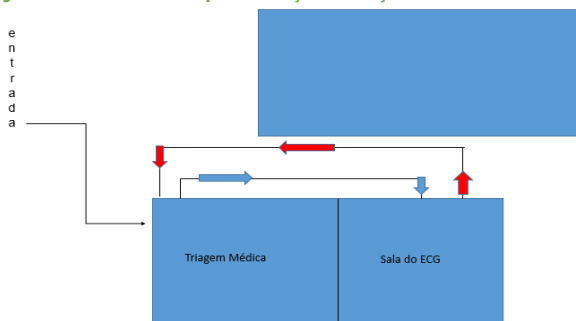
Acredita-se que fatos ocorridos não resultaram do “não”, mas de como paciente e acompanhante percebem o “não” e de como ele foi dito. Já que há uma grande dificuldade de acesso ao serviço público e ao conseguir ser atendido por um médico e esse só encaminha a outra unidade, gerando a revolta, principalmente, porque o paciente ou seu acompanhante acredita que não obterá atendimento na unidade referenciada.

Objetivando reduzir essas revoltas foi realizado a orientação entre os profissionais médicos da emergência, para reforçarem que os procedimentos de anamnese, exame físico, aferição de sinais vitais e avaliação do ECG são atendimentos médicos, e que o paciente teria continuidade do atendimento, com uma ficha impressa de ser atendimento na triagem médica que deveria ser apresentada na outra unidade o qual ele seria atendido. Assim, as queixas e agressões diminuíram consideravelmente.

Seguindo os princípios do projeto de pesquisa ação, a avaliação dos processos de trabalho estão acontecendo de forma contínua e melhorando os pontos deficientes que foram identificados no novo processo. A direção do hospital, embasada nos resultados obtidos preliminarmente, resolveu contratar consultoria externa para avaliar processos de gestão para excelência operacional, culminando em reforma da estrutura física da emergência e mudança de processos onde a consultoria manteve a triagem médica como início do processo de atendimento e sugeriu a informatização. Sugeriu-se apenas que, antes do paciente entrar para avaliação médica, nos casos de “dispneia” e “dor torá-

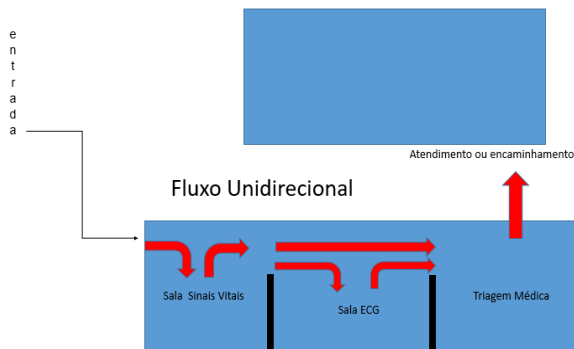
ca” identificados pelo(a) auxiliar de enfermagem que afere os sinais vitais, o eletrocardiograma já fosse realizado para não haver contrafluxo (fig.VIII). Sugestão foi prontamente acatada (fig. IX).

Figura 6 - Fluxo e contrafluxo para realização e avaliação ECG



Fonte: Elaborado pelos autores.

Figura 7 - Fluxo unidirecional para realização e avaliação ECG



Fonte: Elaborado pelos autores.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A grande maioria dos serviços de saúde, independentemente de sua complexidade ou de perfil público/privado, enfrenta diariamente problemas de gerenciamento de fluxo. Isto influencia diretamente no problema multifatorial da superlotação. Identifiquei, em nosso serviço, que um dos problemas no atendimento na emergência era a falta de gerenciamento do fluxo e que estava impactando negativamente na qualidade e tempo do atendimento do usuário, podendo levar a complicações.

Estudando sobre as metodologias de pesquisa, encontrei no projeto de intervenção o caminho para o enfrentamento e construção da solução, pois é de característica ativa, onde o pesquisador consegue perceber o problema o qual seja passível de intervenção local.

Não foi fácil. Mudanças necessitam de grande quantidade de energia e trabalho para serem conquistadas, mas o objetivo final o qual se pretendia chegar era a motivação para superar os obstáculos que surgiam durante o projeto. Dificuldades econômicas, gerenciais e relacionamento dos profissionais foram os principais problemas superados, mas por fim, implantado o projeto, logramos resultados exitosos para o serviço e, principalmente, para os pacientes.

O projeto tem grande aplicabilidade em outros serviços de atendimento especializado ou de nível de complexidade mais alto, mas precisa de um sinergismo com serviços menos complexos para adequadamente

absorver a demanda excedente. Em nosso caso, fizemos uma parceria com as UPAs (Unidade de Pronto Atendimento), sendo um piloto a UPA de Messejana, onde todos os pacientes atendidos em nossa emergência que não precisaram seguir eram encaminhados, mediante registro da transferência. Após 1 mês de avaliação, nenhum paciente encaminhado teve que ser redirecionado para nossa emergência e houve uma taxa de não comparecimento de 32%.

Como todo projeto, este também é dinâmico e necessita estar sempre sendo monitorado para que continue seu funcionamento e melhoramento. Precisamos estar atentos, pois a entropia direciona para a desordem e caos, com conseqüente falência do projeto. Mais do que conseguir pesquisar, elaborar e aplicar o projeto, a manutenção dele é a fase que nos leva a ter que investir sempre grande quantidade de energia para mantê-lo ativo. Nessa fase, a captação e gerenciamento de dados, bem como a educação continuada dos colaboradores, são essenciais para um projeto bem-sucedido e duradouro.

REFERÊNCIAS

ANZILEIRO, F. **Emprego do Sistema de Triagem de Manchester na estratificação de risco**: revisão de literatura. (Trabalho de Conclusão de Curso). Escola de Enfermagem. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2011, p. 47.

BARTUNEK, J. M. Qualitative research can add new meanings to quantitative research. **Journal of Organization Behavior**, v. 23, n. 2, mar., 2002.

BRASIL, Ministério da Saúde. COSAPI, Coordenação de saúde da pessoa idosa; 2015. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/oministerio/principal/secretarias/808-sas-raiz/daet-raiz/saude-da-pessoa-idosa/l1-saude-da-pessoa-idosa/12330-apresentacao-sp-idosa>. Acesso em: 10 out.2018

BRASIL. Ministério da Saúde. **Equipe HumanizaSUS, PNH, Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza, Coordenação de Gestão Hospitalar/MSM, Hospitais Municipais de Fortaleza, Articuladores da Implementação do ACCR no Hospitais 118 Municipais**. Protocolo de acolhimento com classificação de risco em pediatria, MAFRA, A.A. *et al.*, 1. ed. Fortaleza, set. 2008b.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria 2048/2002**. Disponível em http://www.ufsj.edu.br/portal2-repositorio/File/fauf/concursos_2010/SAMU_centrosul/portaria_2048_2002.pdf. Acesso em: 16 nov. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Acolhimento à demanda espontânea**. Brasília, DF: Ed. Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS n. 2048, de 05 de novembro de 2002**. Disponível em: http://www.saude.mg.gov.br/atos_normativos/legislacao-sanitaria/estabelecimentos-de-saude/urgencia-e-emergencia/portaria_2048_B.pdf. Acesso em: 18 jan. 2016.

FERREIRA, M. L. **Acolhimento**: uma revisão da literatura. (Trabalho de Conclusão de Curso). Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, Virgolândia, MG, 2009, p. 48.

GILBOY, N.; TANABE, P.; TRAVERS, D. A.; ROSENAU, A. M.; EITEL, D. R. **Emergency Severity Index (ESI)**. Version 4: Implementation Handbook. AHRQ Publication N. 05- 0046-2. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality. May 2005.

GILBOY, N., *et al.* **Emergency Severity Index (ESI)**: a triage tool for emergency department care, version 4. Implementation Handbook 2012 Edition. Agency for Healthcare Research and Quality. Rockville, MD. 2011. (AHRQ Publication No. 12-0014). Disponível em: <http://www.ahrq.gov/research/esi/esihandbk.pdf>. Acesso em: 07 jan. 2019.

GUEDES, J.M.; SILVEIRA, R.C. Análise da Capacidade Funcional da População Geriátrica Institucionalizada na Cidade de Passo Fundo - RS. **Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano**. 2004, p. 10-21.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA ESTATÍSTICA. (IBGE). **Tábua completa de mortalidade – 2015**. Disponível <http://www.ibge.gov.br/home/estatis/popula/tabuadevida/2010/notas.pdf>. Acesso 18 set. 2018.

ISERSON, K. V. (M.D.; MBA); MOSKOP, J. C. (PhD). Triage in Medicine, Part I: Concept, History, and Types. **Annals of Emergency Medicine**. V. 49, n. 03, março 2007.

MCDONALD, L.; BUTTERWORTH, T.; YATE, D.W. Triage: a literature review 1985 - 1993. **Emerg Nurs Accid**. V. 3, p. 201-7, 1995.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Redes estaduais de atenção à saúde do idoso**. Guia operacional e portarias relacionadas. Brasília (DF). http://bvs-ms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes_estaduais.pdf. Acesso em: 09 jun. 2018.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política nacional de atenção às urgências**. Ministério da Saúde. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006. Acesso em: 16 out. 2016.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Secretaria Executiva**. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco: um paradigma estético no fazer saúde. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/impresos/folheto/05_0050_FL.pdf. Acesso em: 15 dez 2018.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Secretaria de Atenção à Saúde**. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência. Brasília: Ministério da Saúde; 2009. Ministério da Saúde 2016 http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Tipo_Leito.asp?VEstado=23. Acesso em: 20 fev. 2019.

MOREIRA, C.T.P. **Avaliação de uma implementação do Sistema de Triagem de Manchester**: que realidade? 2010. 77f. Dissertação (Mestrado) – Universidade do Porto, Faculdade de Medicina, Porto, 2010.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). The World Health Report 2015. Geneva: WHO, 2015.

PASQUALI L. **Psicometria**: teoria e aplicações. Brasília (DF): UnB; 1997.

PIRES, P.S. Tradução para o português e validação de instrumento para triagem de pacientes em serviço de emergência: “**Canadian Triage and Acuity Scale**” (CTAS). 2003. 206p. Tese (Doutorado). Universidade de São Paulo – Escola de Enfermagem. São Paulo, 2003.

POLIT, D.F.; HUNGLER, B.P.; BECK, C.T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. 7. ed. Porto Alegre: Artmed; 2011.

SERVEI ANDORRÀ D'ATENCIÓ SANITÀRIA: Organización Panamericana de la Salud. **Organização e Gestão de Urgências - Triagem de Urgências**. Brasília: Treelogic. 2011. Disponível em: <http://www.triajeset.com/acerca/archivos/PresentacionSET.pdf>. Acesso em: 30 jan. 2019.

SOUZA, C. C. de. **Grau de concordância da classificação de risco de usuários atendidos em um pronto-socorro utilizando dois diferentes protocolos**. (Dissertação - Mestrado). Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2009, p. 119.

TONI, G. M. P. The clinical practice of Emergency Department Triage: application of the Australasian Triage Scales – Na extended literature review: Part I: Evolution of the **ATS- Australasian Emergency Nursing Journal**. V. 9, n. 4, p. 155-162, 2006.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ - UECE. **Mestrado Profissional em Gestão em Saúde - MEPGES**, 2016. Disponível em <http://www.uece.br/mepges/index.php/regimento>. Acesso em: 28 out. 2018.

CAPÍTULO 33

DESAFIOS NO GERENCIAMENTO DE EQUIPAMENTOS MÉDICO-ASSISTENCIAIS EM POLICLÍNICAS ESPECIALIZADAS

*Raimunda Magalhães da Silva
Paulo Leonardo Ponte Marques
Luiza Jane Eyre de Souza Vieira
Antonio Rodrigues Ferreira Junior*

INTRODUÇÃO

Um dos desafios dos sistemas de saúde consiste em acompanhar o avanço das tecnologias nesta área. O desenvolvimento e a incorporação dos equipamentos médicos evoluem em um contexto de tamanho dinâmico que imprimem aos governos e à sociedade civil debates pertinentes e permanentes, analisando a conexão entre o volume de recursos investidos na aquisição, implementação e gerenciamento desses equipamentos com o impacto na qualidade do acesso das populações aos serviços de saúde e melhoria desses indicadores. Este entendimento é aportado pela literatura internacional e nacional (AMORIM; PINTO JUNIOR; SHIMIZU, 2015; USAQUEN-PERILLA *et al.*, 2017).

Na complexidade dos sistemas de saúde, as tecnologias têm diferentes fases em seu ciclo de vida, o qual é estabelecido com base na sua intensidade de uso em função do tempo (CAMPBELL; JARDINE; MCGLYNN, 2016) "mendeley": {"formattedCitation": "(CAMPBELL; JARDINE; MCGLYNN, 2016. Desde a inovação nas fases de pesquisa básica até o abandono após ampla utilização, as tecnologias de saúde perpassam por uma série de etapas. A partir do momento em que estas são incorporadas aos serviços de saúde, desencadeiam-se uma série de responsabilidades gerenciais (ESPINOZA *et al.*, 2014) tem havido maior demanda para os programas de pesquisa institucional e para publicações nos periódicos científicos. Frente a esta realidade, o presente artigo teve os seguintes objetivos: (a.

Na relação humana com equipamentos, a conduta profissional tem exigido cada vez mais um maior domínio técnico para acompanhar as constantes atualizações tecnológicas. A educação continuada, investida de forma significativa e imersa nos contextos de atuação (GIGANTE; CAMPOS, 2016), mostra-se como fator preponderante no gerenciamento de tecnologias. Muitos profissionais desconhecem os normativos legais e específicos da área, provocando uso inadequado e falhas nos equipamentos, os quais envolvem riscos para usuários e para os próprios profissionais (CALIL, 2016).

O domínio operacional é um dos domínios apontados como base nas diretrizes metodológicas para elaboração de estudos para avaliação de equipamentos médicos assistenciais. Propostas pelo Ministério da

Saúde do Brasil, objetivam nortear a análise de técnicos e gestores interessados na avaliação de equipamentos médicos, seja na inclusão, modificação ou exclusão dessas tecnologias nos diversos níveis de gestão do sistema de saúde brasileiro (BRASIL, 2013).

No contexto da concepção técnica, as práticas de saúde desenvolvidas por meio de atividades humanas são atos em que o usuário dos sistemas (agentes consumidores) interagem com os profissionais de saúde (agentes produtores), sendo estes primeiros com intencionalidades, conhecimentos e representações, enquanto aos últimos acrescentam-se também as ferramentas tecnológicas (MERHY; FEUERWERKER, 2009).

Essa interação representa o centro de funcionamento dos sistemas de saúde, expressão positiva do acesso, seja por contato direto, com consultas realizadas pelos profissionais de saúde, ou indireto, pela realização de exames que se utilizam de equipamentos (ASSIS; JESUS, 2012).

Para assegurar a saúde enquanto direito, determinados componentes dos sistemas de saúde são essenciais para sua operacionalização, a exemplo das estruturas físicas dos serviços, qualificação de recursos humanos e equipamentos médico-assistenciais. Estudiosos assinalam que, embora apresentem fundamentações diferentes nos países, dado o próprio relacionamento com o contexto social e econômico local, a presença de profissionais de saúde utilizando tecnologias para desenvolver um conjunto de ações e serviços é uma atividade comum e necessária (SILVA; SILVA; ELIAS, 2010).

Além de aspectos operacionais locais, a usabilidade dos equipamentos depende, também, da inserção destes em uma rede articulada de ações e serviços. O federalismo cooperativo por meio da regionalização é uma estratégia de interação política que permite a construção de interdependência para concretização de interesses comuns, especialmente nos serviços especializados (DUARTE *et al.*, 2015; SOUZA; SANTOS, 2018).

Por mais moderno que seja um equipamento e que esteja inserido no rol dos produtos com mais alto grau de desenvolvimento e sensibilidade tecnológicos, ainda necessita de alguma modalidade de intervenção, que decorre da competência e habilidade humanas, de uma condução política ou operacional para iniciar o seu funcionamento.

Nesse sentido, a literatura advoga que no setor saúde é incontestável o fato de que os trabalhadores constituem elemento crucial para melhoria do desempenho dos sistemas de saúde, visto que estes interferem, apesar de limitações que extrapolam a capacidade de atuação técnica, na qualidade dos serviços prestados (MACHADO; VIEIRA; OLIVEIRA, 2015; LEMOS, 2016).

No entanto, embora o avanço tecnológico tenha permitido uma forte evolução da capacidade humana, a interação do homem com as tecnologias é permeada por dificuldades. Com a crescente complexidade e exigências das atividades em saúde, o capital humano, entendido sob a égide de competências, experiências, conhecimentos técnicos e qualificações, toma visibilidade para implementação dos serviços. Destacam-se a

redução da autonomia e exigência de equipamentos e técnicas cada vez mais complexas para suprir as necessidades emergentes (BAUMAN; MAY, 2010).

O gerenciamento das tecnologias associadas à utilização dos usuários do sistema de saúde é um dos grandes desafios dos gestores, que precisam planejar a implantação e manutenção, assim como monitorar e avaliar o desempenho para atender às demandas da população, a melhoria dos serviços e redução dos custos.

Na conformação das redes, a atenção secundária é representada por pontos de atenção que se diferenciam por um aumento da densidade tecnológica quando comparados com a atenção primária. As unidades mais concentradas espacialmente são responsáveis pela oferta regulada de consultas especializadas e serviços de apoio diagnóstico com o uso de equipamentos médicos, atividades essenciais para concretização da integralidade (ERDMANN *et al.*, 2013; GOMES *et al.*, 2014).

Na efetivação desta oferta de serviços especializados, deparamos com domínios intrínsecos ao processo de funcionamento que são incorporados e aperfeiçoados, e, dentre eles, destaca-se o domínio operacional. Neste estudo a compreensão deste domínio está ancorada pelas diretrizes metodológicas para avaliação de equipamentos médicos, propostas pelo Ministério da Saúde do Brasil (BRASIL, 2013).

Nessa linha de raciocínio e situando o contexto do estudo, em 2009, o Estado do Ceará iniciou o Programa de Expansão e Fortalecimento da Atenção Especializada à Saúde (PROEXMAES), implantando clínicas médicas

com infraestrutura para atendimentos das principais especialidades e serviços de suporte ao diagnóstico e reabilitação de pacientes, concentrando tecnologias de média e alta densidade tecnológica (CEARÁ, 2011).

Diante da expansão de serviços especializados no Estado do Ceará e a complexidade dessa expansão tecnológica, com investimentos de alto custo na aquisição, implantação e implementação de equipamentos médico-assistenciais, este capítulo intenta analisar o domínio operacional no tocante ao gerenciamento desses equipamentos.

Ademais, como afirma Silveira (2013, p.16), o aprofundamento de conhecimentos sobre as complexas interações entre os fatores organizacionais objetivos e subjetivos, em especial aqueles mais diretamente relacionados com os sistemas de gestão e a organização do trabalho, é um campo de estudo especialmente promissor.

Importante mencionar que este capítulo compõe um rol de produções intrínsecas à tese de Doutorado intitulada “Gerenciamento de equipamentos médico-assistenciais na expansão da atenção secundária à saúde”, apresentada no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Fortaleza.

MÉTODO

Estudo de caráter exploratório, analítico e de corte transversal com foco na medição de variáveis relacionadas ao gerenciamento de equipamentos médicos diagnósticos, desenvolvido a partir de os critérios e padrões

normativos previstos no gerenciamento desses equipamentos (VIANA; BAPTISTA, 2009; BRASIL, 2013).

Tomou-se o Estado do Ceará como cenário do estudo. Com 9 milhões de habitantes, sendo o oitavo estado mais populoso do Brasil, pioneiro nas décadas de 1980 e 1990 na adoção de políticas públicas na saúde atesta a sua importância para o setor. Ao expandir o Programa de Expansão e Fortalecimento da Atenção Especializada à Saúde (PROEXMAES), com serviços médicos especializados, infraestrutura para atendimentos das principais especialidades e serviços de suporte ao diagnóstico e reabilitação de pacientes, reuniu tecnologias de média e alta densidade tecnológica, com vistas a ampliar o acesso e a qualidade do atendimento à população cearense (CEARÁ, 2011).

Essas unidades inovadoras em sua ambiência estrutural (edificações amplas e horizontais) e parque tecnológico, localizam-se em polos estratégicos no interior do estado, com cobertura populacional média de 268.863 habitantes. Ofertam serviços em várias especialidades médicas como oftalmologia, otorrinolaringologia, cardiologia, mastologia, gastroenterologia, traumatologia-ortopedia; nas que apresentam maior porte são acrescentados as especialidades de endocrinologia, angiologia e neurologia. Além da estruturação física, aquisição e implementação de equipamentos médicos, o programa também previu a administração indireta por meio de Consórcios Públicos de Saúde com o fortalecimento institucional da gestão da Secretaria da Saúde do Estado e a melhoria da qualidade dos serviços, por

meio de investimentos em tecnologia da informação, formação e qualificação de gestores e profissionais da atenção (CEARÁ, 2011).

Os estabelecimentos de saúde e participantes foram selecionados intencionalmente a partir da localização geográfica e atendendo ao critério de operacionalização dos equipamentos médico-assistenciais. Todas as Policlínicas Regionais (no total 18) foram incluídas no estudo; quanto aos participantes, convidou-se todos os profissionais de saúde que possuíam relacionamento direto com a operacionalização de equipamentos radiológicos de cada policlínica.

De acordo com a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA, 2010), esses equipamentos radiológicos constituem um conjunto de aparelhos e máquinas, suas partes e acessórios para fins de diagnose, terapia e monitoramento. Para este estudo elegeram-se os equipamentos de diagnose: tomógrafo computadorizado, aparelho de raio-X e mamógrafo. Esses equipamentos foram selecionados por apresentarem necessidade de infraestrutura na unidade para sua instalação, alto custo de aquisição e manutenção, possivelmente apresentando maior complexidade no gerenciamento tecnológico.

Três bolsistas de iniciação científica foram capacitados para realizar a pesquisa de campo. As visitas *in loco* foram realizadas no segundo semestre de 2017 e primeiro semestre de 2018. A coleta deu-se por meio de aplicação de um questionário estruturado a partir do domínio operacional das diretrizes metodológicas para avaliação de equipamentos médicos propostos pelo Ministério da Saúde do Brasil com perguntas referentes

aos itens que compõem as subdimensões conhecimento/capacitação para operar os equipamentos, ociosidade/monitoramento (BRASIL, 2013).

O domínio operacional conduz para uma análise pormenorizada sobre as ações de usabilidade, compreendidas enquanto relação processual entre o fator humano e a facilidade de uso e satisfação do usuário, assim como aos aspectos relativos à capacitação do profissional que o manuseia, padrões de biossegurança e estratégias de monitoramento.

Para variáveis numéricas realizaram-se análises de medidas de tendência central (média e mediana) e medida de dispersão (desvio padrão); para as variáveis nominais, comparação percentual. Foi criado um escore de gerenciamento de equipamentos a partir de duas subdimensões do domínio operacional: capacitação; e monitoramento. Os valores foram calculados tomando-se por base os critérios descritos no quadro 1. Atribuiu-se o valor 1(um) para respostas positivas e 0(zero) para respostas negativas. O valor total de cada participante foi dividido pelo número de critérios para obtenção do escore em cada subdimensão. Em seguida, foi calculada a média entre as subdimensões, obtendo-se o escore de gerenciamento. Os dados foram organizados no *software* SPSS versão 22.0, Chicago, IL (2013) e realizadas análises estatísticas descritivas.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Fortaleza sob o número 2.038.668. Todos os participantes assinaram termos de consentimento e houve anuência da Secretaria da Saúde do Estado do Ceará.

Quadro 1 - Subdimensões e variáveis analisadas no domínio operacional de equipamentos

Subdimensão	Variáveis	Padrão de referência	Escore máximo atribuído
Capacitação	Capacitado sobre o Plano de Radioproteção Capacitado para atuar no equipamento Capacitado/Atualização no mínimo anual Segurança para atuar no equipamento	Profissionais capacitados para operacionalizar o parque tecnológico	4
Monitoramento	Monitora ocorrências Monitora manutenções Monitora desempenho	Parque tecnológico monitorado	3

Fonte: Elaborado pelos autores.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Fortaleza sob o número 2.446.032. Todos os participantes assinaram termo de consentimento e houve anuência da Secretaria da Saúde do Estado do Ceará.

RESULTADOS

Um total de 40 profissionais participaram da pesquisa. A tabela 1 apresenta algumas características sociodemográficas (idade, sexo), formação, tempo de experiência profissional e tipos de equipamentos que operacionalizam dos participantes da pesquisa. Os resultados evidenciam uma equipe com predominância feminina (n=22; 55,0%); idade entre 30 e 40 anos (n=25; 62,5%); experiência entre cinco e 10 anos (n=22; 55,0%); a maioria exerce carga horária semanal de 24 horas

(n=38; 95,0%) e, todos os equipamentos são operacionalizados por técnicos de radiologia. Identifica-se que a operacionalização de múltiplos equipamentos é restrita (n=01; 2,5%) a 2,5% dos profissionais.

Tabela 1 - Características sociodemográficas e profissionais de profissionais que operam equipamentos médico-assistenciais-diagnósticos nas Policlínicas Regionais do Estado do Ceará, Brasil, 2018. (N=40)

Variáveis	n	%
Idade		
>30 anos	08	20,0
30-40	25	62,5
<40 anos	07	17,5
Sexo		
Masculino	18	45,0
Feminino	22	55,0
Categoria profissional (Técnico)		
Radiologia	36	90,0
Radiologia com outra formação superior	04	10,0
Tempo de experiência (anos)		
<5	08	20,0
5-10	22	55,0
>10	10	25,0
Carga de trabalho semanal (horas)		
<24	02	5,0
=24	38	95,0
Tipos de equipamentos		
Tomógrafo computadorizado	08	20,0
Mamógrafo	14	35,0
Raio-X	16	40,0
Tomógrafo e raio-X	01	2,5
Tomógrafo, mamógrafo e raio-X	01	2,5

Fonte: Elaborada pelos autores.

Em resposta a dados específicos coletados sobre o funcionamento dos equipamentos registra-se que o tempo médio e o desvio padrão de funcionamento foi de $61,8 \pm 16,8$ meses, enquanto que o tempo de atuação dos profissionais na operacionalização de equipamentos do mesmo porte foi de 105 ± 68 meses com uma mediana de 90 meses.

A tabela 2 apresenta as variáveis relacionadas ao domínio técnico e operacional do gerenciamento de equipamentos de acordo com os participantes. Quanto à atuação com o equipamento, a maioria disse que ficava ociosa (n=23; 57,5%). Destes, 27,5% apontou que a frequência dessa ociosidade era semanal. Um total de 30,0% dos participantes indicou que o equipamento não estava em funcionamento no momento da coleta de dados; destes, 22,5% justificaram o não funcionamento pela existência de peça quebrada (n=9; 22,5%). Quanto à capacidade do equipamento para realização de exames, 18 participantes (45%) afirmaram desconhecer.

Tabela 2 - Variáveis relacionadas ao domínio operacional no gerenciamento de equipamentos nas Polidínicas Regionais do Ceará, Ceará, Brasil, 2018. (N=40)

Variáveis	Sim (n)	%	Não (n)	%
Conhecimento sobre o Plano de Radioproteção	29	72,5	11	27,5
Capacitação para atuar no equipamento	38	95,0	02	5,0
Participa de atualização no mínimo anual	17	42,5	23	57,5
Segurança para atuar no equipamento	38	95,0	02	5,0
Conhecimento sobre a capacidade do equipamento	22	55,0	18	45,0
Conhecimento sobre a existência de fila para fazer o exame usando o equipamento	32	80,0	08	20,0
Presença de ociosidade	23	57,5	17	42,5
Equipamento em funcionamento	28	70,0	12	30,0
Houve substituição de peça	21	52,5	19	47,5
Contrato de manutenção vigente	26	65,0	14	35,0
Equipamento possui manutenção preventiva	24	60,0	16	40,0
Equipamento possui prontuário para monitorar ocorrências	25	62,5	15	37,5
Monitora ocorrências	35	87,5	05	12,5
Monitora manutenções	29	72,5	11	27,5
Monitora a utilização/falta dos pacientes	34	85,0	06	15,0

PPRA – Plano de identificação, notificação e monitoramento de riscos/eventos

EPI – Equipamento de proteção individual

Fonte: Elaborada pelos autores.

O quadro 2 apresenta o escore de cada policlínica de acordo com as variáveis das subdimensões de capacitação e monitoramento. Em relação à subdimensão capacitação 05 (27,8%) policlínicas alcançaram o padrão de referência. Enquanto que para a subdimensão monitoramento, 03 (16,7%).

Quadro 2 – Escore de gerenciamento do domínio operacional nas policlínicas regionais do Estado do Ceará, Ceará, Brasil, 2018

Poli-clínica	Escore capacitação	Escore Monitoramento	Escore de gerenciamento operacional de equipamentos
P1	0,66	0,83	0,74
P2	1,00	0,87	0,93
P3	0,62	0,75	0,69
P4	0,87	0,5	0,69
P5	1,00	1,00	1,00
P6	0,69	0,69	0,69
P7	0,62	0,75	0,68
P8	0,62	0,12	0,37
P9	0,75	1,00	0,87
P10	0,87	0,12	0,50
P11	0,75	0,75	0,75
P12	0,56	0,56	0,56
P13	1,00	0,75	0,87
P14	0,75	0,50	0,62
P15	1,00	0,75	0,87
P16	0,87	1,00	0,93
P17	1,00	0,75	0,87
P18	0,50	0,37	0,43

Fonte: Elaborado pelos autores.

DISCUSSÃO

Os resultados sugerem a existência de um parque tecnológico de implantação recente (tempo médio de funcionamento de $61,8 \pm 16,8$ meses) nas policlínicas regionais, mas com necessidade de aprofundar as práticas gerenciais, considerando que a finalidade maior de uma expansão de serviços em saúde é ampliar o acesso dos cidadãos a estes serviços especializados.

Esta apreensão é defendida por estudiosos do tema ao reiterarem que na logística da implantação de equipamentos, o principal objetivo é atender à demanda instituída nos territórios, sendo necessário fornecer a tecnologia específica no lugar certo e em tempo oportuno a partir de uma previsão de médio prazo para demanda futura (AMORIM; PINTO JUNIOR; SHIMIZU, 2015).

No entanto, parte dos equipamentos, incluindo tomógrafos, mamógrafos e aparelhos de raio-x, já se encontrava com algum tipo de problema, a exemplo de respostas emitidas por 30,0% dos participantes de que os equipamentos os quais operacionalizam apresentavam defeito no momento da coleta de dados desta pesquisa. Este cenário de incipiência não se restringe ao Estado do Ceará, pelo contrário, tem sido recorrente em países de baixa e média renda, como atesta estudo realizado em onze países, de diferentes continentes, o qual identificou que mais de 50% dos equipamentos implantados nos serviços de saúde desses países ficam inoperantes, parcial ou totalmente, em período de curto prazo (MALKIN; KEANE, 2010).

Diante da responsabilidade e compromisso da gestão, os serviços de saúde têm o dever de utilizar instrumentos gerenciais destinados à melhoria dos padrões de produtividade e qualidade na prestação de serviços. Entre esses instrumentos, a utilização de sistemas de informações gerenciais específicas pode mensurar o desempenho das atividades operacionais e possibilitar intervenções gerenciais mais precisas (GERÔNIMO et al., 2018).

E nessa lógica a coleta e a maximização do uso de dados podem fornecer informações essenciais para o desempenho de feedback, aumentando a capacidade de melhorar a utilização e evitar o desperdício de recursos humanos e financeiros. Para tal, a implementação do monitoramento de forma sistemática torna-se fundamental no planejamento e análise de desempenho da qualidade dos serviços ofertados (FERNANDES et al., 2017).

Isso torna-se preponderante em um ambiente de trabalho das policlínicas, onde se identificou uma ociosidade importante (n=23; 57,5%). Qualquer equipamento diagnóstico de grande porte precisa de algum tipo de intervenção humana para iniciar sua operação, seja ela política ou operacional. No entanto, os dados desta pesquisa revelam uma contradição, uma vez que 32 participantes (80,0%) responderam ter conhecimento da existência de fila de espera para realização de exame diagnóstico na região onde a policlínica está situada e, ao mesmo tempo, presenciam a existência da ociosidade de equipamentos.

Considerando que os equipamentos estejam em pleno funcionamento, a ociosidade dos profissionais pode estar relacionada com aspectos macropolíticos. As tensões decorrentes da própria implementação de novos serviços de saúde refletem as desigualdades locais a partir da fragmentação dos processos regulatórios, fragilidades na governança, instabilidade econômica e incipiência de um sistema logístico (MACHADO; LIMA; BAPTISTA, 2017). Estudo prévio relembra que cabe aos responsáveis pelo gerenciamento dos serviços uma crítica mais abrangente da alocação dos equipamentos, envolvendo o tripé demanda, oferta e utilização (GUERRA; DE OLIVEIRA, 2014).

Nesse sentido, o papel do profissional médico deve ser analisado enquanto primeiro consumidor de novas tecnologias, visto que o referenciamento para os serviços ambulatoriais diagnóstico depende, em parte, das decisões tomadas no atendimento ao paciente, muitas vezes mais influenciada pelo consumo de tecnologias duras do que por protocolos que norteiam a indicação dos exames (DWYER, 2015). Pesquisa na China recomendou a mudança espacial dos serviços de assistência médica com restrição de fronteira administrativa visto que este tipo de ação gerencial tem um impacto significativo na acessibilidade aos serviços de saúde (TAO *et al.*, 2018).

Estudo realizado no Canadá identificou que entre as causas para o aprimoramento dos serviços com uso de tomografia se encontravam a falta de profissionais técnicos responsáveis por manutenções corretivas e preventivas, e a inadequada gestão dos serviços (ARIS-

TE; FORTIN, 2007)there are other dimensions to this issue. More machines in operation do not necessarily reduce wait times. It is important also to consider the level of utilization of the existing pool of scanners.This paper analyzes utilization of MRI and CT scanners (machines. Dessa forma, a ampliação da abrangência regional, por meio de uma regionalização solidária, pode minimizar o impacto sobre a ociosidade no processo de trabalho com equipamentos (MACHADO, 2009; RIBEIRO, 2015).

Acrescenta-se que a indisponibilidade de serviços diagnósticos pode resultar em atrasos no diagnóstico precoce de doenças, adiamento de intervenções cirúrgicas, complicações no prognóstico e inviabilização na recuperação e cura das pessoas.

Nesta relação homem-máquina, a educação continuada mostra-se como fator preponderante no gerenciamento de tecnologias. Embora a quase totalidade dos participantes (n=38; 95%) indicaram ter recebido capacitação e relataram segurança na operacionalização do equipamento, a maioria (n=23; 57,5%) não participa de capacitações frequentes.

Situando o desafio, Alves (2018) adverte que dada a própria dificuldade de operacionalização de capacitações de forma isolada, podem ser realizadas cooperações técnicas, visando um intercâmbio de informações. Isso perpassa por uma questão de contínuo fortalecimento institucional, na qual a responsabilidade pelo gerenciamento deve começar e ser compartilhada em tempo oportuno, especialmente diante de novos dispositivos e *softwares* para captação de imagens.

Pesquisa em Honduras identificou que a presença de técnicos em programa de educação continuada tem percentual de equipamentos fora de serviços 30% menor (WHITTLE; MALKIN, 2014). No entanto, em âmbito hospitalar, metade das chamadas para reparo de emergência para conserto de equipamentos envolve erros do operador (CALIL, 2016). Ressalta-se que o uso inadequado do equipamento é tão grave quanto a própria falha do equipamento, podendo causar danos irreversíveis ao paciente ou ao profissional.

Assim como em outros estudos no Brasil (FERREIRA; CARNEIRO, 2018; HUHNS *et al.*, 2017), este estudo identificou que parte dos profissionais (27,5%) desconhece o plano de radioproteção. Esse plano deve trazer por escrito, aspectos sobre a sinalização, responsabilidade técnica, descrição da equipe e equipamentos, procedimentos de monitoração, programa de treinamento, assim como orientações para caso de acidentes (BRASIL, 2005). A operacionalização dessas normas demanda compromissos e esforços políticos, sociais e econômicos para efetivar o arcabouço legal que está posto, bem como reorientar práticas.

Embora apenas dois participantes (5,0%) tenham indicado que atuam em mais de um equipamento, esse tipo de alocação na jornada de trabalho pode sugerir uma sobrecarga de trabalho do profissional e, desta forma, aumentar o risco no momento da realização dos exames. Por outro lado, pode indicar que o equipamento esteja subutilizado, e assim um único profissional pode atuar em múltiplos equipamentos por não haver demanda.

Nesse sentido, estudo comparativo entre o Brasil e países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OECD) verificou que a produção de exame por equipamento de tomografia é muito baixa, e que a capacidade ociosa dos equipamentos no serviço público ultrapassa 80,0% (SANTOS *et al.*, 2014).

A deficiência no monitoramento é comum nos serviços de saúde, o que leva a maioria das organizações a não visualizar suas práticas de gestão. A institucionalização do monitoramento pode identificar fragilidades e dar suporte ao processo de tomada de decisão no caso de *underperformers* (BLOOM; SADUN; REENEN, 2012). Aten-ta-se também para utilização de indicadores a partir de dados do processo de trabalho, visto que, muitas vezes, os gerentes se limitam a quantificar o número de exames realizados (ALVES, 2018). Além disso, ressalta-se a neces-sidade de homogeneização das práticas gerenciais locais em unidades com padrões estruturais semelhantes.

Isso posto, os gerentes de estabelecimentos de saúde especializados são peças fundamentais na concretização de ações pautadas nos princípios da transparência (divulgação de informações); *accountability* (responsabilidade de prestar contas); e, *compliance* (cumprimento das leis, normas, regulamentos e deter-minações), principalmente em cenários que envolvem *low and middle income countries* (CLEARY; MOLYNEUX; GILSON, 2013; MARKS-SULTAN *et al.*, 2016).

Os gerentes de estabelecimentos de saúde, muitas vezes devido à limitação de recursos, não implementam serviços de engenharia clínica em ambiente ambulato-

rial. Porém, este tipo de serviço tem enorme relevância para a monitorização e manutenção do equipamento (DEL SOLAR; SOARES; MENDES, 2017). Ademais, os profissionais desta área podem atuar na melhoria dos padrões e qualidade da gestão de equipamentos, minimizando interrupções na oferta dos serviços uma vez que parte das falhas de equipamentos podem ser resolvidas com habilidades técnicas simples e sem necessidade de peça de reposição (DA SILVA GERÔNIMO; LEITE; OLIVEIRA, 2017; SCOTT, 2017).

Este estudo identificou que 11 participantes (27,5%) não realizam monitoramento das manutenções. Ressalta-se que o cronograma de manutenções é baseado em recomendações do fabricante do equipamento, e em compatibilidade com os padrões normativos estabelecidos nacionalmente (BRASIL, 2010; ANVISA, 2011). O monitoramento é essencial para o gerenciamento de ações em saúde, uma vez que, definidas temporalidades para coleta e análise de dados operacionais, podem ser identificadas tendências a tempo de possibilitar avaliação e ajuste das próprias práticas (TAMAKI et al., 2012).

No entanto, assim como nas policlínicas regionais analisadas neste estudo, as unidades de saúde em geral ainda privilegiam a implantação de equipamentos em detrimento a estratégias de tecnologia de informação. Em tempos de inteligência artificial e machine learning é indispensável à incorporação de sistemas de informações confiáveis e integrados (BITTAR et al., 2018).

Reconhece-se como limitação deste estudo a sumarização utilizando, como referência apenas o do-

mínio operacional, o que limita o aprofundamento de outros domínios relevantes para o gerenciamento de equipamentos. O julgamento de valor deve ser visto com cautela, visto que a ação gerencial envolve um amplo conjunto de ações que extrapolam o processo de trabalho local e a sua complexidade desafia contínuas investigações.

CONCLUSÃO

O domínio operacional possui elementos básicos essenciais para analisar as ações inerentes ao funcionamento de equipamentos médicos no âmbito do ambiente interno dos estabelecimentos de saúde. As fragilidades identificadas quanto à capacidade dos profissionais e processo de monitoramento comprometem o gerenciamento dos equipamentos e a sustentabilidade dos serviços especializados na rede de atenção à saúde.

Entretanto, o estudo aponta caminhos para qualificar a gestão em tecnologia no tocante aos equipamentos médico-assistenciais de média e alta complexidade, para fortalecer o paradigma do uso da tecnologia em favor da pessoa, manutenção da saúde e qualidade de vida. Na conjugação deste tripé visualiza-se possibilidades de melhoria dos indicadores de saúde na população cearense.

REFERÊNCIAS

ALVES, P. A Radiologia no Início do Século XXI. **Gazeta Médica**, v. 5, n. 4, 2018.

AMORIM, A. S.; PINTO JUNIOR, V. L.; SHIMIZU, H. E. O desafio da gestão de equipamentos médico-hospitalares no Sistema Único de Saúde. **Saúde em Debate**, v. 39, n. 105, p. 350-362, 2015.

ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução - RDC Nº 63, de 25 de novembro de 2011**. Dispõe sobre os Requisitos de Boas Práticas de Funcionamento para os Serviços de Saúde, 2011. Disponível em: <https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/legislacao/item/rdc-63-de-25-de-novembro-de-2011>. Acesso em: 02 abr. 2019.

ARISTE, R.; FORTIN, G. Could MRI and CT Scanners Be Operated More Intensively in Canada? Health care policy. **Politiques de Sante**, v. 3, n. 1, p. 113-120, 2007.

ASSIS, M. M. A.; JESUS, W. L. A. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. **Ciencia & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 11, p. 2865-2875, 2012.

BAUMAN, Z.; MAY, T. **Os negócios na vida cotidiana**: aprendendo a pensar com a sociologia. Zahar, 2010. p. 235-259.

BITTAR, O. J. N. *et al.* Sistemas de informação em saúde e sua complexidade. **Revista de Administração em Saúde**, v. 18, n. 70, p. 1-18, 2018.

BLOOM, N.; SADUN, R.; REENEN, J. V. Americans Do IT Better: US Multinationals and the Productivity Miracle. **American Economic Review**, v. 102, n. 1, p. 167-201, 2012.

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. **Portaria Nº 485, de 11 de novembro de 2005**. Aprova a Norma Regulamentadora Nº 32 (Segurança e Saúde no Trabalho em Estabelecimentos de Saúde). Disponível em: <http://sbbq.iq.usp.br/arquivos/seguranca/portaria485.pdf>. Acesso em: 02 mar. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Gestão de Tecnologias em Saúde 2010**. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_gestao_tecnologias_saude.pdf. Acesso em: 02 mar. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária da Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. **Diretrizes Metodológicas**: elaboração de estudos para avaliação de equipamentos médico-assistenciais. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_metodologicas_elaboracao_estudos.pdf. Acesso em: 20 mar. 2018.

CALIL, S. J. Gestão de Tecnologias Hospitalares. In: NETO, G. V.; MALIK, A. M. (Eds.). **Gestão em Saúde**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016. p. 315-323.

CAMPBELL, J. D.; JARDINE, A. K. S.; MCGLYNN, J. **Asset management excellence**: optimizing equipment life-cycle decisions. 2. ed. Boca Raton: CRC Press, 2016.

CEARÁ. Secretaria de Saúde. **Programa de Expansão e Melhoria da Assistência Especializada à Saúde no Ceará** – Regulamento Operativo. 2011. Disponível em: <http://www.saude.ce.gov.br/index.php/rede-em-construcao/proexmaes/regulamento-operativo>. Acesso em: 9 set. 2015.

CLEARY, S. M.; MOLYNEUX, S.; GILSON, L. Resources, attitudes and culture: an understanding of the factors that influence the functioning of accountability mechanisms in primary health care settings. **BMC health services research**, v. 13, n. 320, p. 1-11, 2013.

DA SILVA GERÔNIMO, M.; LEITE, B. C. C.; OLIVEIRA, R. D. Gestão da manutenção em equipamentos hospitalares: um estudo de caso. **Exacta**, v. 15, n. 4, p. 167-183, 2017.

DEL SOLAR, J. G. M.; SOARES, F. A.; MENDES, C. J. M. R. Brazilian clinical engineering regulations: health equipment management and conditions for professional exercise. **Research on Biomedical Engineering**, v. 33, n. 4, p. 301-312, 2017.

DWYER, O. G. Estudos de Políticas e a Teoria da Estruturação de Giddens. In: BAPTISTA, T. W. D. F.; AZEVEDO, C. DA S.; MACHADO, C. V. (Eds.). **Políticas, planejamento e gestão em saúde: abordagens e métodos de pesquisa**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2015. p. 174-192.

DUARTE, L. S. *et al.* Regionalização da saúde no Brasil: uma perspectiva de análise. **Saúde e Sociedade**, v. 24, n. 1, p. 472-485, 2015.

ERDMANN, A. *et al.* A atenção secundária em saúde: melhores práticas na rede de serviços. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 21, n. 1518-8345, p. 9, 2013.

ESPINOZA, M. A. *et al.* Health technology assessment and economic evaluation across jurisdictions. **International journal for equity in health**, v. 13, n. 1, p. 1-7, 2014.

FERNANDES, A. C. S. *et al.* Sistema de gerenciamento web para engenharia clínica: proposta de arquitetura e implementação. **Brasileira de Inovação Tecnológica em Saúde**, v. 7, n. 2, p. 45-73, 2017.

FERREIRA, B. V.; CARNEIRO, P. F. P. Avaliação dos principais erros na prática da proteção radiológica no radiodiagnóstico. **Caderno de Graduação-Ciências Biológicas e da Saúde**, v. 3, n. 3, p. 11-21, 2018.

GERÔNIMO, M. S. Impacto de um Sistema de informação nos processos produtivos: um estudo de caso em um Laboratório de Análises Clínicas e uma instituição de ensino superior privada. **Sistemas & Gestão**, v. 13, n. 1, p. 107-117, 2018.

GIGANTE, R. L.; CAMPOS, G. W. de S. Política de formação e educação permanente em saúde no Brasil: bases legais e referências teóricas. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 14, n. 3, p. 747-763, 2016.

GOMES, F. de F. C. *et al.* Acesso aos procedimentos de média e alta complexidade no Sistema Único de Saúde: uma questão de judicialização. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, n. 1, p. 31-43, 2014.

GUERRA, M.; DE OLIVEIRA, A. A lógica capitalista na alocação de recursos para os serviços de saúde de alta complexidade. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**, v. 5, n. 3, p. 1-9, 2014.

HUHN, A. *et al.* Implementação do programa de proteção radiológica: olhar da equipe de saúde atuante em um serviço de radiologia. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 26, n. 1, p. 1-10, 2017.

LEMOS, C. L. S. Educação Permanente em Saúde no Brasil: educação ou gerenciamento permanente? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 1, p. 913-922, 2016.

MACHADO, C. V.; LIMA, L. D. de; BAPTISTA, T. W. de F. Políticas de saúde no Brasil em tempos contraditórios: caminhos e tropeços na construção de um sistema universal. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, s. 2, p. 143-171, 2017.

MACHADO, J. A. Pacto de gestão na saúde: até onde esperar uma regionalização solidária e cooperativa? **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, v. 24, n. 71, p.105-119, 2009.

MACHADO, M. H.; VIEIRA, A. L. S.; OLIVEIRA, E. Gestão, Trabalho e Educação em Saúde: perspectivas teórico-metodológicas. In: BAPTISTA, T. W. D. F.; AZEVEDO, C. DA S.; MACHADO, C. V. (Eds.). **Políticas, planejamento e gestão em saúde: abordagens e métodos de pesquisa**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2015. p. 293-322.

MALKIN, R.; KEANE, A. Evidence-based approach to the maintenance of laboratory and medical equipment in resource-poor settings Springer. **Medical & Biological Engineering & Computing**, v. 48, n. 7, p. 721-726, 2010.

MARKS-SULTAN, G. *et al.* National public health law: a role for WHO in capacity-building and promoting transparency. **Bulletin of the World Health Organization**, v. 94, n. 7, p. 534-539, 2016.

MERHY, E. E.; FEUERWERKER, M. Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. **Leituras de novas tecnologias e saúde**, p. 29-56, 2009.

RIBEIRO, P. T. Perspectiva territorial, regionalização e redes: uma abordagem à política de saúde da República Federativa do Brasil. **Saúde e Sociedade**, v. 24, n. 2, p. 403-412, 2015.

SANTOS, D. L. DOS *et al.* Capacidade de produção e grau de utilização de tomógrafo computadorizado no Sistema Único de Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, p. 1293-1304, 2014.

SCOTT, G. Hospital Equipment and its Management System: A Mini Review Juniper publish. **Curr. Trends Biomedical Eng. & Biosci.**, v. 6, n. 2, p. 1-4, 2014.

SILVA, E.; SILVA, M.; ELIAS, F. Sistemas de Saúde e Avaliação de Tecnologias em Saúde. In: **Avaliação de tecnologias em saúde: evidência clínica, análise econômica e análise de decisão**. São Paulo: Artmed Editora, 2010. p. 600.

SILVEIRA, M. A. **Inovação para desenvolvimento de organizações sustentáveis: trabalho, fatores psicossociais e ambiente saudável**. Campinas: CTI (Centro de Tecnologia da Informação "Renato Archer"), 2013. p. 200.

SOUZA, J. C. D. S.; SANTOS, A. Os desafios da regionalização do SUS no contexto federativo brasileiro. **Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário**, v. 7, n. 2, p. 29-47, 2018.

TAMAKI, E. M. *et al.* Metodologia de construção de um painel de indicadores para o monitoramento e a avaliação da gestão do SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 4, p. 839-849, 2012.

TAO, Z. *et al.* Measuring spatial accessibility to healthcare services with constraint of administrative boundary: a case study of Yanqing District, Beijing, China. **International Journal for Equity in Health**, v. 17, n. 7, p. 1-12, 2018.

USAQUEN-PERILLA, S. P. *et al.* The use of the health technology assessment for technology acquisition in hospitals. **Revista Ingeniería Biomédica**, v. 11, n. 21, p. 27-34, 2017.

VIANA, L. A.; BAPTISTA, T. W. F. Análise de políticas de Saúde. In: GIOVANELLA, L. (Org.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009. p. 65-105.

WHITTLE, C.; MALKIN, R. Capacity building for medical equipment technicians improves healthcare. **Journal of Clinical Engineering**, v. 39, n. 3, p. 142-147, 2014.

POSFÁCIO

Adriano Rodrigues de Souza

Escrever algo sobre este livro é um ato prazeroso: é falar da honra de integrar esta equipe do mestrado profissionalizante da Universidade Estadual do Ceará e, ao mesmo tempo, saber que estamos proporcionando ao público de gestores de saúde, ao público acadêmico e à sociedade a disponibilização de um conhecimento científico inovador.

Alegro-me em ser um dos organizados deste produto e acredito que as reflexões aqui contidas contribuirão para evolução da saúde brasileira. Vivenciamos momentos turbulentos na gestão pública brasileira, fato que nos faz refletir constantemente o nosso papel de gestor, docente e discente, assim, o título **“GESTÃO EM SAÚDE: REFLEXÕES, DIVERSIDADES TEMÁTICAS, TEÓRICAS, METODOLÓGICAS E TECNOLOGIAS DE DISCENTES E DOCENTES EM GESTÃO EM SAÚDE COLETIVA”** vem enriquecer o momento com novas e atuais reflexões.

A gestão pública municipal precisa constantemente de novos olhares, quando se direciona esta discussão para o contexto da saúde, a inovação, a implementação, a diversidade se tornam mais plurais e requerem dos gestores a capacidade de não só gerenciar, mas de inovar, de

elaborar novas tecnologias e implantar métodos inéditos ou revolucionários em seus setores administrativos.

Com isso, o livro que acabo de ler nos proporciona uma diversidade de assuntos inovadores desde economia em saúde, perpassando pelas metodologias ativas, os sempre importantes indicadores e perfis de saúde e chegando às novas tecnologias de aprendizagem e serviço.

O mestrado de gestão em saúde procura proporcionar a seus discentes uma diversidade de conhecimento, de tecnologia e de inovação, para que possam implementar um SUS universal e de melhor qualidade.

Todas essas diversidades temáticas não só contribuem para a ampliação do conhecimento, como se coloca como fonte de luz na compreensão do que vem sendo os limites de gerenciamento do país e os novos desafios a serem superados pelos gestores da atualidade. A diversidade temática deste livro me suscita, por exemplo, repensar o momento vivenciado pelo sistema único de saúde, que vem sofrendo constante ameaça à sua existência.

Alguns atores têm buscado reduzir o SUS a um sistema precário e ineficiente na atenção de saúde à população brasileira. A revigoração do SUS através de uma gestão de saúde implementadora de novas tecnologias, métodos, teorias e temáticas capazes de revitalizar a gestão de saúde do SUS.

Este livro é o produto de um trabalho sério, bem estruturado, um dos poucos que consegue integrar uma diversidade de temática e torná-los homogêneos para uma nova gestão do SUS.

ORGANIZADORES

MARIA SALETE BESSA JORGE

Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade de São Paulo. Pós-Doutorado em Saúde Coletiva pela Unicamp. Atualmente, é professora titular da Universidade Estadual do Ceará, pesquisadora bolsista produtividade CNPq 1B. Líder do Grupo de Pesquisa em Saúde Mental, Família e Práticas de Saúde e Enfermagem do CNPq. Docente do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva - UECE. Coordenadora do Mestrado Profissional em Gestão em Saúde - MEPGES/UECE.

RAQUEL SAMPAIO FLORÊNCIO

Enfermeira. Doutora em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPSAC) na Universidade Estadual do Ceará, Mestre em Saúde Coletiva pelo PPSAC e Discente da Especialização em Enfermagem Cardiovascular pela Universidade Estadual do Ceará (UECE). É membro do grupo de pesquisa Epidemiologia, Cuidado em Cronicidades e Enfermagem; (GRUPECCE) vinculado à UECE. Docente do Mestrado Profissional em Gestão em Saúde da Universidade Estadual do Ceará - UECE.

ADRIANO RODRIGUES DE SOUZA

Enfermeiro. Doutor em Saúde Coletiva, pela Associação Ampla: UECE - UFC - UNIFOR. Professor Adjunto da Universidade de Fortaleza. Enfermeiro da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza, no Estado do Ceará. Docente do Mestrado Profissional em Gestão em Saúde da Universidade Estadual do Ceará - UECE.

AUTORES

ADRIANO RODRIGUES DE SOUZA

Enfermeiro. Doutor em Saúde Coletiva, pela Associação Ampla: UECE - UFC -UNIFOR. Professor Adjunto da Universidade de Fortaleza. Enfermeiro da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza, no Estado do Ceará. Docente do Mestrado Profissional em Gestão em Saúde da Universidade Estadual do Ceará - UECE.

AIDA TAVARES

Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra. Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra

ÁLVARO FARIAS NEPOMUCENO CARNEIRO

Enfermeiro. Mestrando em Gestão em Saúde pela Universidade Estadual do Ceará - UECE.

ANA KARINE GIRÃO LIMA

Enfermeira pela Universidade Federal do Ceará (2008). Especialista em Terapia Intensiva pela Universidade Estadual do Ceará (2011) e Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará (2014). Membro da Coordenação de Educação Permanente Ensino e Pesquisa do Instituto de Saúde e Gestão Hospitalar (ISGH).

ANA PATRÍCIA TIMBÓ BATISTA RIBEIRO

Enfermeira. Mestranda em Gestão em Saúde pela Universidade Estadual do Ceará - UECE.

ANA PAULA CAVALCANTE RAMALHO BRILHANTE

Enfermeira pela Universidade Federal do Ceará (UFC), Especialização em Saúde Pública (UNAERP), Atenção Básica (UEPA), Mestrado em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Ceará- UFC (2009) e Doutorado pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva - PPSAC pela Universidade Estadual do Ceará (2018) com sanduíche na Universidade Católica de Múrcia (Espanha) (2018), com bolsa CNPq. Atualmente é Assessora Técnica - Secretaria do Estado da Saúde - Ceará e Enfermeira da Estratégia Saúde da Família - Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza (Servidora Pública).

ANDREA CAPRARA

Médico, graduado pela Universidade de Modena - Itália. Doutor em Antropologia, pela Universidade de Montreal, no Canadá. Docente do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Mestrado e Doutorado) e do Mestrado Profissional em Gestão em Saúde da Universidade Estadual do Ceará - MEPGES/UECE.

ANTONIELLE CARNEIRO GOMES

Enfermeira. Mestranda em Gestão em Saúde pela Universidade Estadual do Ceará - UECE.

ANTONIO RODRIGUES FERREIRA JÚNIOR

Enfermeiro, graduado na UNIFOR. Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade de Fortaleza - UNIFOR. Doutor em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP. Coordenador do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPSAC) - UECE. Docente do Mestrado Profissional em Gestão em Saúde da Universidade Estadual do Ceará - UECE.

CARLOS GARCIA FILHO

Médico pela Universidade Estadual do Ceará - UECE. Doutor em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual do Ceará - UECE, Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual do Ceará - UECE. Integrante do Grupo de Pesquisa: Vida e Trabalho. Atua como Médico Sanitarista no Município de Iguatu - CE e como Docente do Mestrado Profissional em Gestão em Saúde da Universidade Estadual do Ceará - MEPGES/UECE.

CORA FRANKLINA DO CARMO FURTADO

Graduada em Administração de Empresas pela Universidade Estadual do Ceará (1990), mestrado em Administração pela Universidade Estadual do Ceará (2000) e doutorado em Administração de Empresas pela Universidade de Fortaleza (2016). Docente do Mestrado Profissional em Gestão em Saúde da Universidade Estadual do Ceará - UECE.

CRISTIANE SALES LEITÃO

Fonoaudióloga pela Universidade de Fortaleza - UNIFOR (1993), Especialista em Fonoaudiologia pela Universidade de Fortaleza - UNIFOR (1996), Especialista em Audiologia pelo Núcleo de Tratamento e Estimulação Precoce - UFC / CFFa, Mestranda em Gestão em Saúde na Universidade Estadual do Ceará - UECE.

CRISTIANO AGUIAR FARIAS LAGES

Enfermeiro. Mestrando em Gestão em Saúde pela Universidade Estadual do Ceará - UECE.

CYNTHIA DE OLIVEIRA VAZ

Fisioterapeuta. Mestranda em Gestão em Saúde pela Universidade Estadual do Ceará – UECE do Mestrado Profissional em Gestão em Saúde - MEPGES/UECE.

ELIS DE SOUZA ALBUQUERQUE

Enfermeira. Mestranda em Gestão em Saúde pela Universidade Estadual do Ceará - UECE.

FRANCISCA SYONARA MORAES RODRIGUES

Secretaria executiva e Administradora. Mestranda em Gestão em Saúde pela Universidade Estadual do Ceará - UECE.

FRANCISCO DANIEL RODRIGUES DA SILVA

Enfermeiro. Mestrando em Gestão em Saúde pela Universidade Estadual do Ceará - UECE.

FRANCISCO DIONES ARAÚJO RODRIGUES

Enfermeiro. Mestrando em Gestão em Saúde pela Universidade Estadual do Ceará - UECE.

FRANCISCO JOSÉ DO NASCIMENTO JÚNIOR

Enfermeiro. Mestrando em Gestão em Saúde pela Universidade Estadual do Ceará - UECE.

FRANCISCO JOSÉ MAIA PINTO

Pós-Doutor em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (USP - 2011). Doutor em Saúde Coletiva pelo Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS/UERJ - 2005). Mestre em Ciências em Engenharia de Produção pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ - 1988). Graduado em Matemática pela Universidade Federal do Ceará (UFC - 1975). Graduado em Estatística pela Universidade Federal do Ceará (UFC - 1978). Professor Permanente do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPSAC/UECE); Mestrado Profissional em Gestão em Saúde (MEPGES/UECE) e Mestrado Profissional em Saúde da Criança e do Adolescente (CMPSCA/UECE).

GERARLENE PONTE GUIMARÃES SANTOS

Enfermeira pela Universidade Estadual Vale do Acaraú (1999). Especialista em Saúde Pública pela Universidade de Ribeirão Preto (2003), Especialista em Educação Profissional na Área da Saúde: Enfermagem pela Fundação Osvaldo Cruz (2004), Especialista em Saúde da Família pela Universidade Federal do Piauí (2006). Mestre em

Gestão em Saúde pela Universidade Estadual do Ceará (2018). Atualmente trabalha no Hospital Estadual Dirceu Arcoverde e professora auxiliar nível I da Universidade Estadual do Piauí.

GOLDAMEY MOREIRA MESQUITA PONTE

Enfermeira. Mestranda em Gestão em Saúde pela Universidade Estadual do Ceará - UECE.

HELENA ALVES DE CARVALHO SAMPAIO

Possui graduação em Nutrição pela Universidade de São Paulo (1976), mestrado em Educação pela Universidade Federal do Ceará (1987) e doutorado em Farmacologia pela Universidade Federal do Ceará (1996). É professora emérita da Universidade Estadual do Ceará (UECE), lecionando nesta desde 1980 e é membro do corpo docente permanente do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Mestrado e Doutorado) da UECE. Docente do Mestrado Profissional em Gestão em Saúde da Universidade Estadual do Ceará - UECE.

ILSE MARIA TIGRE ARRUDA LEITÃO

Enfermeira, graduada pela Universidade Federal do Ceará-UFC. Mestre em Saúde Pública pela Universidade Estadual do Ceará - UECE. Doutora em Saúde Coletiva, pela Universidade Estadual do Ceará - UECE em Associação Ampla: UECE - UFC -UNIFOR. Membro do Grupo de Pesquisa Saúde Mental, Família e Práticas de Saúde e Enfermagem, do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico - CNPq e do Pesquisadora do

Grupo de Pesquisa em Gestão, processos de trabalho e segurança em Saúde, na linha de pesquisa: Gestão do capital humano, segurança do paciente e economia da saúde, do Curso de Graduação em Enfermagem - UECE.

ISABEL REGIANE CARDOSO DO NASCIMENTO

Mestre em Gestão em Saúde pelo Mestrado Profissional em Gestão em Saúde da Universidade Estadual do Ceará (UECE). Especialista em Cancerologia na modalidade de Residência Integrada em Saúde pela Escola de Saúde Pública do Ceará em parceria com o Instituto do Câncer do Ceará. Especialista em Psicologia da Saúde pelo CRP - CE 11ª Região. Especialista em Gestão em Saúde pela UECE. Especialista em Saúde Mental pela Faculdade Stella Maris. Psicóloga pela Universidade Católica Rainha do Sertão - Unicatólica. Atualmente é Coordenadora da residência multiprofissional em pediatria do Hospital Infantil Albert Sabin em parceria com a escola de Saúde Pública do Ceará e docente do Curso de Psicologia da Faculdade Ari de Sá.

ISMÊNIA MARIA MARQUES MOREIRA

Enfermeira. Mestranda em Gestão em Saúde pela Universidade Estadual do Ceará - UECE.

JOSÉ JACKSON COELHO SAMPAIO

Médico pela Universidade Federal do Ceará (1975), mestre em Medicina Social pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (1988) e doutor em Medicina Preventiva pela Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Uni-

versidade de São Paulo (1992). Atualmente é Professor Titular em Saúde Pública, docente do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, líder do Grupo de Pesquisa Vida e Trabalho e do Laboratório de Humanização da Atenção em Saúde, e Reitor da Universidade Estadual do Ceará.

KILVIA KELLY GOMES DE VASCONCELOS

Enfermeira. Mestranda em Gestão em Saúde pela Universidade Estadual do Ceará - UECE.

LÍDIA ANDRADE LOURINHO

Pós-Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual do Ceará (UECE). Doutora em Saúde Coletiva (UECE/UFC/UNIFOR). Mestre em Educação em Saúde (UNIFOR). Pedagoga. Fonoaudióloga. Psicopedagoga. Atualmente é avaliadora de curso de graduação do INEP-MEC. É docente dos Cursos de Mestrado Profissional Ensino na Saúde e Saúde da Criança e do Adolescente da Universidade Estadual do Ceará.

LUANNA NAYRA MESQUITA ALVARENGA

Enfermeira. Mestre em Gestão em Saúde (UECE). Possui Especialização em Terapia Intensiva (2012), especialização em Gestão em Saúde (2015) e especialização em Enfermagem Pediátrica e Neonatal (2017). Atualmente é Enfermeira do Hospital Geral de Fortaleza (Exército Brasileiro).

LUIZA JANE EYRE DE SOUZA VIEIRA

Enfermeira pela Universidade Católica do Salvador (1979), graduação em Administração de Empresas pela Universidade de Fortaleza (1989), Mestrado em Enfermagem Comunitária pela Universidade Federal do Ceará (1997), Doutorado em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará (2001) e Pós-Doutorado em Saúde Coletiva no Programa de Pós-Graduação do Instituto em Saúde Coletiva-ISC/UFBA (2017). Professora titular da Universidade de Fortaleza, vinculada ao curso de Enfermagem e ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPGSC).

MÁRCIO DE OLIVEIRA MOTA

Administrador pela Universidade Estadual do Ceará - UECE. Especialista em Marketing pela Universidade Estadual do Ceará - UECE. Doutor em Administração, pela Universidade de Fortaleza - UNIFOR. Professor Adjunto do Curso de Graduação em Administração e do Programa de Pós-Graduação em Administração, da Universidade Estadual do Ceará - UECE. Docente do Curso de Mestrado Profissional em Gestão em Saúde da Universidade Estadual do Ceará - MEPGES/UECE.

MARDÊNIA GOMES FERREIRA VASCONCELOS

Enfermeira, graduada pela Universidade Estadual do Ceará - UECE. Doutora em Saúde Coletiva pela Associação Ampla: UECE - UFC - UNIFOR. Professora do Curso de Graduação em Enfermagem, da Universidade Estadual do Ceará. Docente do Curso de Mestrado Profissional em Gestão em Saúde da Universidade Estadual do Ceará-MEPGES/UECE.

MARIA CARULINE FURTADO DE MELO MARTINS

Psicóloga. Mestranda em Gestão em Saúde pela Universidade Estadual do Ceará - UECE.

MARIA CLÁUDIA CARNEIRO PINTO

Enfermeira. Mestranda em Gestão em Saúde pela Universidade Estadual do Ceará - UECE.

MARIA HELENA LIMA SOUSA

Economista, especialista em Economia da Saúde e Farmacoeconomia, Doutora em Saúde Coletiva, ex-Coordenadora do Núcleo de Economia da SESA, ex-Vice-Presidente da Associação Brasileira de Economia da Saúde, docente do Curso de Mestrado Profissional de Gestão em Saúde (MEPGES) e do Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva (PPSAC) da Universidade Estadual do Ceará - UECE.

MARIA JANETE TORRES

Fisioterapeuta. Mestranda em Gestão em Saúde pela Universidade Estadual do Ceará - UECE.

MARIA RICARTE GUEDES

Nutricionista. Mestranda em Gestão em Saúde pela Universidade Estadual do Ceará - UECE.

MARIA SALETE BESSA JORGE

Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade de São Paulo. Pós-Doutorado em Saúde Coletiva pela Unicamp. Atualmente é professora titular da Universi-

dade Estadual do Ceará, pesquisadora bolsista produtividade CNPq 1B. Líder do Grupo de Pesquisa em Saúde Mental, Família e Práticas de Saúde e Enfermagem do CNPq. Docente do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva - UECE. Coordenadora.

MILENA LIMA DE PAULA

Pós-Doutoranda em saúde coletiva pela Universidade Estadual do Ceará. Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual do Ceará. Mestre em Saúde Pública pela Universidade Estadual do Ceará, especialista em Terapia Cognitivo-Comportamental pela Faculdade Christus (2012), graduada em psicologia pela Universidade de Fortaleza (2007), membro do grupo de pesquisa em saúde mental, família, práticas em Saúde mental e enfermagem; (GRUPSFE) desde 2011.

NATHALIA MARIA GIRÃO DA SILVA

Enfermeira na Universidade de Fortaleza - UNIFOR.

PAULO LEONARDO PONTE MARQUES

Doutor em Saúde Coletiva. Mestre em Saúde Coletiva. Especialista em: Auditoria em Serviços de Saúde; Gestão em Serviços de Saúde; e Odontologia no Programa Saúde da Família. Graduação em Odontologia pela Universidade de Fortaleza. Docente na área de Saúde Coletiva do Curso de Odontologia na Universidade de Fortaleza - UNIFOR.

PEDRO LOPES FERREIRA

Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra.
Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra.

RAIMUNDA MAGALHÃES DA SILVA

Enfermeira com Mestrado e Doutorado em Enfermagem e Pós-Doutorado em Saúde Coletiva. Atualmente é professora titular na Universidade de Fortaleza - UNIFOR. Membro efetivo da câmara em ciências da vida e da saúde da Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico - FUNCAP.

RAQUEL SAMPAIO FLORÊNCIO

Enfermeira. Doutora em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva (PPSAC) na Universidade Estadual do Ceará, Mestre em Saúde Coletiva pelo PPSAC e Discente da Especialização em Enfermagem Cardiovascular pela Universidade Estadual do Ceará (UECE). É membro do grupo de pesquisa Epidemiologia, Cuidado em Cronicidades e Enfermagem; (GRUPECCE) vinculado à UECE. Docente do Mestrado Profissional em Gestão em Saúde da Universidade Estadual do Ceará - UECE.

RAUL TOMÉ DE SOUSA FILHO

Mestre em Gestão em Saúde pelo Mestrado Profissional em Gestão em Saúde da Universidade Estadual do Ceará (2018). Enfermeiro pela Universidade Estadual Vale do Acaraú (2002). Especialização em Saúde da Família

e Especialização em Auditoria em Serviços Público e Privados de Saúde. Atualmente é enfermeiro da Prefeitura Municipal de Amontada, exercendo a função de Assessoria Técnica e Coordenador do Controle Avaliação Regulação e Auditoria e do Setor de Atenção Secundária na Regional de Saúde de Itapipoca - Secretaria de Saúde do Estado do Ceará (CE).

ROHDEN LEITE VARELA FILHO

Médico pela Universidade Federal do Ceará, Brasil (2006). Atualmente atende no Hospital Dr. Carlos Alberto Studar Gomes.

ROSÂNGELA DE SOUSA CAVALCANTE

Enfermeira. Mestranda em Gestão em Saúde pela Universidade Estadual do Ceará - UECE.

SAMILLY GIRÃO DE OLIVEIRA

Enfermeira. Mestranda em Gestão em Saúde pela Universidade Estadual do Ceará - UECE.

SAMIRA DE MORAIS SOUSA

Fisioterapeuta. Mestranda em Gestão em Saúde pela Universidade Estadual do Ceará - UECE.

SUELANE CRISTINA SILVA DE LIMA

Enfermeira. Mestranda em Gestão em Saúde pela Universidade Estadual do Ceará - UECE.

THEREZA MARIA MAGALHÃES MOREIRA

Enfermeira pela Universidade Federal do Ceará - UFC. Advogada pela Faculdade Estácio de Sá - FIC. Pós-Doutora em Saúde Pública, pela Universidade de São Paulo - USP. Mestre e Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará - UFC. Professora Adjunta da Universidade Estadual do Ceará - UECE. Docente da Pós-Graduação (Mestrado e Doutorado) da UECE. Docente do Mestrado Profissional em Gestão em Saúde - MEPGES/UECE. Líder do Grupo de Pesquisa Epidemiologia, Cuidado em Cronicidade e Enfermagem - GRUPECCE-CNPq.

TÚLIO BATISTA FRANCO BRASIL

Doutorado em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Campinas, Brasil (2003). Professor Adjunto da Universidade Federal Fluminense, Brasil.

VALÉRIA CORRIÇA DE FREITAS DA CUNHA

Fisioterapeuta pela Universidade Gama Filho (UGF) - RJ (2002). Mestre em Gestão em Saúde pelo Mestrado Profissional em Gestão em Saúde da Universidade Estadual do Ceará (2018). Especialista em Fisioterapia Neurológica - Funcional pela Universidade de Fortaleza (UNIFOR) - CE (2004). RPGista pelo Instituto PH. E. Souchard de Reeducação Postural Global (RPG) - SP (2008). Atende em consultório particular nas dependências da CLIMÉDICA.

VANDA CLAUDIA BALTAZAR DE MESQUITA

Farmacêutica. Mestranda em Gestão em Saúde pela Universidade Estadual do Ceará - UECE.

WILLIENNY KÁSSIA BEZERRA CORREIA GIRARD

Tecnóloga em gestão hospitalar. Mestranda em Gestão em Saúde pela Universidade Estadual do Ceará - UECE.