GESTÃO EM SAÚDE

INOVAÇÕES E PRÁTICAS PARA UM FUTURO SUSTENTÁVEL

Virna Ribeiro Feitosa Cestari
Thiago Santos Garces
Organizadores

AMPLLA EDITORA

GESTÃO EM SAÚDE

INOVAÇÕES E PRÁTICAS PARA UM FUTURO SUSTENTÁVEL

Virna Ribeiro Feitosa Cestari
Thiago Santos Garces
Organizadores

AMPLLA EDITORA

2025 - Amplla Editora
Copyright da Edição © Amplla Editora
Copyright do Texto © Os autores
Editor Chefe: Leonardo Tavares
Design da Capa: Amplla Editora
Revisão: Os autores

Gestão em saúde: inovações e práticas para um futuro sustentável está licenciado sob CC BY-NC 4.0.

Essa licença permite que outros remixem, adaptem e desenvolvam seu trabalho para fins não comerciais e, embora os novos trabalhos devam ser creditados e não possam ser usados para fins comerciais, os usuários não precisam licenciar esses trabalhos derivados sob os mesmos termos. O conteúdo da obra e sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores e não representam a posição oficial da Amplla Editora. O download e o compartilhamento da obra são permitidos, desde que os autores sejam reconhecidos. Todos os direitos desta edição foram cedidos à Amplla Editora.

ISBN: 978-65-5381-292-5
DOI: 10.51859/amplla.gsi925.1125-0

Amplla Editora
Campina Grande – PB – Brasil
contato@ampllaeditora.com.br
www.ampllaeditora.com.br

2025

Conselho Editorial

Adilson Tadeu Basquerote – Centro Universitário para o Desenvolvimento do Alto Vale do Itajaí

Alexander Josef Sá Tobias da Costa – Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Andréa Cátia Leal Badaró – Universidade Tecnológica Federal do Paraná

Andréia Monique Lermen – Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Antoniele Silvana de Melo Souza – Universidade Estadual do Ceará

Aryane de Azevedo Pinheiro – Universidade Federal do Ceará

Bergson Rodrigo Siqueira de Melo – Universidade Estadual do Ceará

Bruna Beatriz da Rocha – Instituto Federal do Sudeste de Minas Gerais

Bruno Ferreira – Universidade Federal da Bahia

Caio Augusto Martins Aires – Universidade Federal Rural do Semi-Árido

Caio César Costa Santos – Universidade Federal de Sergipe

Carina Alexandra Rondini – Universidade Estadual Paulista

Carla Caroline Alves Carvalho – Universidade Federal de Campina Grande

Carlos Augusto Trojaner – Prefeitura de Venâncio Aires

Carolina Carbonell Demori – Universidade Federal de Pelotas

Caroline Barbosa Vieira – Universidade Estadual do Rio Grande do Sul

Christiano Henrique Rezende – Universidade Federal do Rio Grande do Norte

Cícero Batista do Nascimento Filho – Universidade Federal do Ceará

Clécio Danilo Dias da Silva – Universidade Federal do Rio Grande do Norte

Dandara Scarlet Sousa Gomes Bacelar – Universidade Federal do Piauí

Daniela de Freitas Lima – Universidade Federal de Campina Grande

Darlei Gutierrez Dantas Bernardo Oliveira – Universidade Estadual da Paraíba

Denilson Paulo Souza dos Santos – Universidade Estadual Paulista

Denise Barguil Nepomuceno – Universidade Federal de Minas Gerais

Dinara das Graças Carvalho Costa – Universidade Estadual da Paraíba

Diogo Lopes de Oliveira – Universidade Federal de Campina Grande

Dylan Ávila Alves – Instituto Federal Goiano

Edson Lourenço da Silva – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Piauí

Elane da Silva Barbosa – Universidade Estadual do Ceará

Érica Rios de Carvalho – Universidade Católica do Salvador

Fábio Ronaldo da Silva – Universidade do Estado da Bahia

Fernanda Beatriz Pereira Cavalcanti – Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho"

Fredson Pereira da Silva – Universidade Estadual do Ceará

Gabriel Gomes de Oliveira – Universidade Estadual de Campinas

Gilberto de Melo Junior – Instituto Federal do Pará

Givanildo de Oliveira Santos – Instituto Brasileiro de Educação e Cultura

Glécia Morgana da Silva Marinho – Pontifícia Universidad Católica Argentina Santa Maria de Buenos Aires (UCA)

Higor Costa de Brito – Universidade Federal de Campina Grande

Hugo José Coelho Corrêa de Azevedo – Fundação Oswaldo Cruz

Igor Lima Soares – Universidade Federal do Ceará

Isabel Fontgalland – Universidade Federal de Campina Grande

Isane Vera Karsburg – Universidade do Estado de Mato Grosso

Israel Gondres Torné – Universidade do Estado do Amazonas

Ivo Batista Conde – Universidade Estadual do Ceará

Jaqueline Rocha Borges dos Santos – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro

Jessica Wanderley Souza do Nascimento – Instituto de Especialização do Amazonas

João Henriques de Sousa Júnior – Universidade Federal de Santa Catarina

João Manoel Da Silva – Universidade Federal de Alagoas

João Vitor Andrade – Universidade de São Paulo

Joilson Silva de Sousa – Universidade Regional do Cariri

José Cândido Rodrigues Neto – Universidade Estadual da Paraíba

Jose Henrique de Lacerda Furtado – Instituto Federal do Rio de Janeiro

Josenita Luiz da Silva – Faculdade Frassinetti do Recife

Josiney Farias de Araújo – Universidade Federal do Pará

Karina de Araújo Dias – SME/Prefeitura Municipal de Florianópolis

Katia Fernanda Alves Moreira – Universidade Federal de Rondônia

Laís Portugal Rios da Costa Pereira – Universidade Federal de São Carlos

Laíze Lantyer Luz – Universidade Católica do Salvador

Lara Luiza Oliveira Amaral – Universidade Estadual de Campinas

Lindon Johnson Pontes Portela – Universidade Federal do Oeste do Pará

Lisiane Silva das Neves – Universidade Federal do Rio Grande

Lucas Araújo Ferreira – Universidade Federal do Pará

Lucas Capita Quarto – Universidade Federal do Oeste do Pará

Lúcia Magnólia Albuquerque Soares de Camargo – Unifacisa Centro Universitário

Luciana de Jesus Botelho Sodré dos Santos – Universidade Estadual do Maranhão

Luís Miguel Silva Vieira – Universidade da Madeira

Luís Paulo Souza e Souza – Universidade Federal do Amazonas

Luiza Catarina Sobreira de Souza – Faculdade de Ciências Humanas do Sertão Central

Manoel Mariano Neto da Silva – Universidade Federal de Campina Grande

Marcelo Alves Pereira Eufrasio – Centro Universitário Unifacisa

Marcelo Henrique Torres de Medeiros – Universidade Federal Rural do Semi-Árido

Marcelo Williams Oliveira de Souza – Universidade Federal do Pará

Marcos Pereira dos Santos – Faculdade Rachel de Queiroz

Marcus Vinicius Peralva Santos – Universidade Federal da Bahia

Maria Carolina da Silva Costa – Universidade Federal do Piauí

Maria José de Holanda Leite – Universidade Federal de Alagoas

Marina Magalhães de Morais – Universidade Federal do Amazonas

Mário Cézar de Oliveira – Universidade Federal de Uberlândia

Michele Antunes – Universidade Feevale

Michele Aparecida Cerqueira Rodrigues – Logos University International

Miguel Ysrrael Ramírez-Sánchez – Universidade Autônoma do Estado do México

Milena Roberta Freire da Silva – Universidade Federal de Pernambuco

Nadja Maria Mourão – Universidade do Estado de Minas Gerais

Natan Galves Santana – Universidade Paranaense

Nathalia Bezerra da Silva Ferreira – Universidade do Estado do Rio Grande do Norte

Neide Kazue Sakugawa Shinohara – Universidade Federal Rural de Pernambuco

Neudson Johnson Martinho – Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Mato Grosso

Patrícia Appelt – Universidade Tecnológica Federal do Paraná

Paula Milena Melo Casais – Universidade Federal da Bahia

Paulo Henrique Matos de Jesus – Universidade Federal do Maranhão

Rafael Rodrigues Gomides – Faculdade de Quatro Marcos

Ramôn da Silva Santos – Universidade Federal Rural de Pernambuco

Reângela Cíntia Rodrigues de Oliveira Lima – Universidade Federal do Ceará

Rebeca Freitas Ivanicska – Universidade Federal de Lavras

Regina Márcia Soares Cavalcante – Universidade Federal do Piauí

Renan Gustavo Pacheco Soares – Autarquia do Ensino Superior de Garanhuns

Renan Monteiro do Nascimento – Universidade de Brasília

Ricardo Leoni Gonçalves Bastos – Universidade Federal do Ceará

Rodrigo da Rosa Pereira – Universidade Federal do Rio Grande

Rubia Katia Azevedo Montenegro – Universidade Estadual Vale do Acaraú

Sabrynna Brito Oliveira – Universidade Federal de Minas Gerais

Samuel Miranda Mattos – Universidade Estadual do Ceará

Selma Maria da Silva Andrade – Universidade Norte do Paraná

Shirley Santos Nascimento – Universidade Estadual Do Sudoeste Da Bahia

Silvana Carloto Andres – Universidade Federal de Santa Maria

Silvio de Almeida Junior – Universidade de Franca

Tatiana Paschoalette R. Bachur – Universidade Estadual do Ceará | Centro Universitário Christus

Telma Regina Stroparo – Universidade Estadual do Centro-Oeste

Thayla Amorim Santino – Universidade Federal do Rio Grande do Norte

Thiago Sebastião Reis Contarato – Universidade Federal do Rio de Janeiro

Tiago Silveira Machado – Universidade de Pernambuco

Valvenarg Pereira da Silva – Universidade do Estado de Mato Grosso

Vinícius Queiroz Oliveira – Universidade Federal de Uberlândia

Virgínia Maia de Araújo Oliveira – Instituto Federal da Paraíba

Virginia Tomaz Machado – Faculdade Santa Maria de Cajazeiras

Walmir Fernandes Pereira – Miami University of Science and Technology

Wanessa Dunga de Assis – Universidade Federal de Campina Grande

Wellington Alves Silva – Universidade Estadual de Roraima

William Roslindo Paranhos – Universidade Federal de Santa Catarina

Yáscara Maia Araújo de Brito – Universidade Federal de Campina Grande

Yasmin da Silva Santos – Fundação Oswaldo Cruz

Yuciara Barbosa Costa Ferreira – Universidade Federal de Campina Grande

2025 - Amplla Editora
Copyright da Edição © Amplla Editora
Copyright do Texto © Os autores
Editor Chefe: Leonardo Tavares
Design da Capa: Amplla Editora
Revisão: Os autores

Catalogação na publicação
Elaborada por Bibliotecária Janaina Ramos – CRB-8/9166

G393

Gestão em saúde: inovações e práticas para um futuro sustentável / Organização de Virna Ribeiro Feitosa Cestari, Thiago Santos Garces; Prefácio de Naara Régia Pinheiro Cavalcante. – Campina Grande/PB: Amplla, 2025.

Livro em PDF

ISBN 978-65-5381-292-5
DOI 10.51859/amplla.gsi925.1125-0

1. Saúde. 2. Gestão. I. Cestari, Virna Ribeiro Feitosa (Organizadora). II. Garces, Thiago Santos (Organizador). III. Cavalcante, Naara Régia Pinheiro (Prefácio). IV. Título.

CDD 613

Índice para catálogo sistemático

I. Saúde

Amplla Editora
Campina Grande – PB – Brasil
contato@ampllaeditora.com.br
www.ampllaeditora.com.br

2025

Prefácio

A discussão sobre o tema Gestão em Saúde tem crescido de forma exponencial ao longo dos últimos anos. Muitas publicações abordam sobre como fazê-la, quais caminhos devem ser percorridos, os desafios e as tendências. O rápido avanço dessas informações promove a necessidade de se assegurar a divulgação de conteúdos validados, úteis, atuais e que levem ao aperfeiçoamento das práticas.

Nesta direção, os autores, no conjunto de suas especialidades, trazem de maneira didática contribuições relevantes para o processo decisório em saúde, tornando esta obra um manual formativo e de consulta para aqueles que se dedicam ao aprimoramento da gestão.

O Eixo 1 reúne capítulos que abordam a gestão em saúde em dimensão estratégica, incluindo o planejamento como ferramenta para governança, a descrição de infraestrutura e processo de trabalho em serviços de urgência, a implantação e o monitoramento de programa de nível nacional e tecnologias aplicadas aos serviços.

Além de trazer um cenário referente aos Consórcios públicos de saúde no Brasil, o eixo inclui também modelos estatísticos na tomada de decisão, a Vigilância Epidemiológica na perspectiva da informação em saúde, a organização do processo de regulação no sistema público, o acesso, a ouvidoria e a economia da saúde como substratos de ações promotoras de mudanças positivas e exitosas, necessárias à promoção de um desenvolvimento sustentável.

Por sua vez, o Eixo 2 apresenta Práticas e Intervenções em uma diversidade de formas e aplicações no setor saúde. O rico conteúdo contempla interfaces, iniciativas e mecanismos de gerenciamento da saúde em populações específicas, manejo e atuação de profissionais em várias estruturas e processos organizacionais, como a Atenção primária e a Regulação em saúde.

Ainda entre os temas tratados, inclui-se a educação tratada em vários aspectos e voltada à melhoria das ações formativas e de assistência, a Avaliação e o Monitoramento de indicadores em uma perspectiva de mapeamento sintetizado em revisão, e uma análise de solução digital. Ao trazer tema relacionado à saúde do

profissional, o eixo aponta para o desfecho que o Trabalho, a Educação e a Gestão em Saúde não podem se dissociar.

O propósito dos autores é fornecer um livro prático, de fácil leitura, que seja referência e auxilie profissionais que atuam na área da saúde a trabalharem com a melhoria contínua de seus processos, o aperfeiçoamento de suas práticas e a oferta de ações e serviços de qualidade.

Naara Régia Pinheiro Cavalcante

Coordenadora de Gestão da Qualidade da Secretaria da Saúde do Estado do Ceará-Sesa

Agradecimentos

Aos que apoiaram a elaboração deste livro, de modo especial a:

- Universidade Estadual do Ceará – UECE;
- Programa de Pós-Graduação Profissional Mestrado em Gestão e Saúde – MEPGES;
- Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq;
- Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Ensino Superior – CAPES;
- Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico – FUNCAP.

Sumário

INTRODUÇÃO 14

EIXO 1: GESTÃO ESTRATÉGICA

CAPÍTULO I - A DIFUSÃO DO CONHECIMENTO SOBRE GESTÃO DE CUSTOS HOSPITALARES NA PRODUÇÃO CIENTÍFICA EM SAÚDE 17

CAPÍTULO II - DESCRIÇÃO DA INFRAESTRUTURA E PROCESSO DE TRABALHO DO SERVIÇO MÓVEL DE URGÊNCIA (SAMU) 24

CAPÍTULO III - O PAPEL DOS MODELOS ESTATÍSTICOS NA DECISÃO DE TRATAMENTO COM QUIMIOTERAPIA NAS NEOPLASIAS HEMATOLÓGICAS 35

CAPÍTULO IV - A OUVIDORIA COMO INSTRUMENTO DE QUALIDADE NOS SERVIÇOS DE SAÚDE 45

CAPÍTULO V - PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO COMO FERRAMENTA DE GESTÃO EM POLICLÍNICAS: UMA REVISÃO INTEGRATIVA 56

CAPÍTULO VI - A ORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE REGULAÇÃO EM SAÚDE NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE 66

CAPÍTULO VII - A RELEVÂNCIA DA INTELIGÊNCIA EPIDEMIOLÓGICA PARA GESTÃO NA SAÚDE PÚBLICA 86

CAPÍTULO VIII - A ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA GESTÃO DE LEITOS: REVISÃO INTEGRATIVA 94

CAPÍTULO IX - DESAFIOS E ESTRATÉGIAS PARA MAXIMIZAR O FATURAMENTO MÉDICO E HOSPITALAR: REVISÃO INTEGRATIVA 103

CAPÍTULO X - IMPLANTAÇÃO E MONITORAMENTO DO PREVINE BRASIL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: REVISÃO INTEGRATIVA 115

CAPÍTULO XI - DESMISTIFICANDO OS CAMINHOS PARA O ACESSO ÀS UNIDADES DE ATENÇÃO PRIMÁRIA: REVISÃO INTEGRATIVA 126

CAPÍTULO XII - TECNOLOGIAS DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE PARA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA: UMA REVISÃO DE ESCOPO 132

CAPÍTULO XIII - DESAFIOS PARA SUSTENTABILIDADE ECONÔMICA DO SUS DURANTE A PANDEMIA DA COVID- 19: UMA REVISÃO INTEGRATIVA 144

CAPÍTULO XIV - CONSÓRCIOS PÚBLICOS DE SAÚDE NO BRASIL: REVISÃO INTEGRATIVA SOBRE SUA IMPLANTAÇÃO E ESTRUTURAÇÃO 157

CAPÍTULO XV - CÂMARA PERMANENTE DE RESOLUÇÃO CONSENSUAL DE DEMANDAS EM SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ: ESTUDO DOCUMENTAL....168

EIXO 2: PRÁTICAS E INTERVENÇÕES EM SAÚDE

CAPÍTULO XVI - GERENCIAMENTO DA SAÚDE E CAPACIDADE FUNCIONAL EM IDOSOS: UMA AVALIAÇÃO NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA....176

CAPÍTULO XVII - ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO DE INCONTINÊNCIA URINÁRIA NO PERÍODO GRAVÍDICO PUERPERAL: RELATO DE EXPERIÊNCIA A PARTIR DA PRECEPTORIA DE ESTÁGIO....191

CAPÍTULO XVIII - MANEJO E PROCESSAMENTO DE HEMOCOMPONENTES: SUBSÍDIOS PARA A PRÁTICA DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE....201

CAPÍTULO XIX - A ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA REGULAÇÃO EM SAÚDE....211

CAPÍTULO XX - EDUCAÇÃO PERMANENTE DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE NO CUIDADO ÀS PESSOAS COM DIABETES MELLITUS TIPO 2 EM USO DE INSULINA....221

CAPÍTULO XXI - COMPETÊNCIAS DO PRECEPTOR DAS RESIDÊNCIAS EM SAÚDE: REVISÃO INTEGRATIVA....230

CAPÍTULO XXII - A RELEVÂNCIA DA ASSISTÊNCIA MULTIPROFISSIONAL AO PRÉ-NATAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: REVISÃO INTEGRATIVA....241

CAPÍTULO XXIII - A RELEVÂNCIA DO LETRAMENTO EM SAÚDE NO CONTEXTO DE CUIDADOS PALIATIVOS....251

CAPÍTULO XXIV - SUPLEMENTAÇÃO NUTRICIONAL EM CRIANÇAS COM TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA: REVISÃO INTEGRATIVA....261

CAPÍTULO XXV - A EDUCAÇÃO EM SAÚDE COMO INCENTIVO PARA DOAÇÃO DE LEITE MATERNO....273

CAPÍTULO XXVI - ASSOCIAÇÃO ENTRE DESNUTRIÇÃO MATERNA E MAIOR RISCO DE MALFORMAÇÕES CONGÊNITAS FETAIS: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA....284

CAPÍTULO XXVII - SÍNDROME DE BURNOUT EM PROFISSIONAIS DA SAÚDE MENTAL NO CENÁRIO DA PANDEMIA DA COVID-19: REVISÃO INTEGRATIVA....298

CAPÍTULO XXVIII - AS INTERFACES DO TRANSPORTE INTER-HOSPITALAR DE NEONATOS GRAVES....306

CAPÍTULO XXIX - AVALIAÇÃO E MONITORAMENTO DE INDICADORES DE TABAGISMO NO BRASIL: UMA REVISÃO INTEGRATIVA 315

CAPÍTULO XXX - ANÁLISE DAS PRINCIPAIS FINALIDADE DOS APLICATIVOS MÓVEIS NA ODONTOLOGIA 326

CAPÍTULO XXXI - DETECÇÃO PRECOCE DE REAÇÕES OU RECIDIVA NA HANSENÍASE, EM PACIENTE PÓS-TRATAMENTO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA DE SAÚDE 338

CAPÍTULO XXXII - PROGRAMA CRESÇA COM SEU FILHO: PLANO DE AÇÃO PARA A PRIMEIRA INFÂNCIA EM UMA UNIDADE DE SAÚDE DE FORTALEZA-CE 343

CAPÍTULO XXXIII - TECNOLOGIAS APLICADAS AOS SERVIÇOS DE GESTÃO DE ENFERMAGEM: REVISÃO INTEGRATIVA 360

CAPÍTULO XXXIV - USO DE TECNOLOGIAS NOS PROCESSOS DE PLANEJAMENTO NA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: REVISÃO INTEGRATIVA 374

INTRODUÇÃO

DOI: 10.51859/amplla.gsi925.1125-01

Virna Ribeiro Feitosa Cestari
Thiago Santos Garces

A organização e gestão dos serviços de saúde enfrentam desafios contínuos em um contexto dinâmico e complexo, caracterizado por mudanças epidemiológicas, avanços tecnológicos e variáveis econômicas que impactam diretamente a prestação de serviços e a qualidade da assistência. Dessa forma, compreender a interrelação entre gestão estratégica, práticas assistenciais e intervenções em saúde é essencial para promover melhorias sustentáveis nos sistemas de saúde, tanto no âmbito hospitalar quanto na atenção primária. Este livro aborda uma série de revisões e análises que exploram esses temas sob diferentes perspectivas, proporcionando uma visão abrangente dos desafios e das soluções propostas para a gestão em saúde no Brasil.

O eixo inicial do livro, intitulado **"Gestão Estratégica",** reúne estudos que focam em ferramentas de gestão, planejamento estratégico e organização dos serviços de saúde. Destaca-se o uso de tecnologias de informação como suporte para a tomada de decisão, especialmente em cenários de alta complexidade, como unidades de terapia intensiva e serviços de urgência (Brasil, 2020).

A implementação de sistemas de controle de custos hospitalares, discutida no Capítulo 1, exemplifica a necessidade de integrar a gestão financeira com a qualidade do atendimento, tema cada vez mais relevante em um contexto de recursos limitados. Ainda dentro deste eixo, o Capítulo 5 aborda a importância do planejamento estratégico em policlínicas, propondo um modelo de gestão que alinha os objetivos institucionais com as metas de saúde pública (Nguyen *et al.*, 2019).

O segundo eixo, **"Práticas e Intervenções em Saúde",** é dedicado à análise de práticas assistenciais e intervenções voltadas para diferentes grupos populacionais. Neste contexto, estudos como o do Capítulo 17, que avalia a capacidade funcional de idosos atendidos na Estratégia de Saúde da Família, evidenciam a relevância da avaliação contínua para promover a autonomia e a qualidade de vida (Stopa *et al.*, 2020). Outro ponto importante é a assistência à saúde no controle de condições crônicas, como a diabetes mellitus e a hipertensão arterial, abordada em vários capítulos do eixo. A relevância da assistência multiprofissional no manejo dessas condições é amplamente discutida com base em evidências recentes, reforçando a necessidade de práticas integradas e centradas no paciente (Shi *et al.*, 2021).

Finalmente, o eixo **"Gestão e Tecnologia na Saúde"** apresenta uma visão sobre como a transformação digital pode otimizar processos de gestão e assistência. Capítulos como o 32 discutem o impacto de aplicativos móveis na odontologia, enquanto o Capítulo 34 explora tecnologias aplicadas à gestão em enfermagem. Esses estudos reforçam o papel das inovações tecnológicas no fortalecimento dos sistemas de saúde e na melhoria da comunicação entre profissionais e pacientes (Veras *et al.*, 2020).

A estrutura deste livro foi pensada para atender a um público diversificado, abrangendo desde gestores e profissionais da saúde até acadêmicos e pesquisadores. A abordagem integrativa, baseada em revisões sistemáticas e estudos observacionais, permite não apenas a compreensão das práticas vigentes, mas também a proposição de novos caminhos para uma gestão mais eficiente e humanizada dos serviços de saúde. Com a leitura deste compêndio, espera-se contribuir para a capacitação e o aprimoramento dos conhecimentos na área, promovendo uma reflexão crítica sobre os rumos da saúde no Brasil.

REFERÊNCIAS

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas e agravos não transmissíveis no Brasil 2021-2030**. Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/cartilhas/2021/09-plano-de-dant-2022_2030.pdf. Acesso em: 1 out. 2024.

NGUYEN, H. *et al.* Prevalence of multimorbidity in community settings: a systematic review and meta-analysis of observational studies. **J. Comorb**, v. 9, p. 1-15, 2019.

STOPA, S. R. *et al.* National Health Survey 2019: history, methods and perspectives. **Epidemiol Serv Saúde**, v. 29, n. 5, p.e2020315, 2020.

SHI, X. *et al.* Prevalence of multimorbidity of chronic noncommunicable diseases in Brazil: population-based study. **JMIR Public Health Surveill**, v. 7, n. 11, p.e29693, 2021.

EIXO 1

Gestão Estratégica

CAPÍTULO I

A DIFUSÃO DO CONHECIMENTO SOBRE GESTÃO DE CUSTOS HOSPITALARES NA PRODUÇÃO CIENTÍFICA EM SAÚDE

DOI: 10.51859/amplla.gsi925.1125-1

Wellington Alencar da Silva
Virna Ribeiro Feitosa Cestari
Thereza Maria Magalhães Moreira

1. INTRODUÇÃO

A gestão de custos hospitalares é um tema relevante na atualidade, já que tanto a saúde pública como a privada enfrentam desafios financeiros para manter a qualidade dos serviços prestados aos pacientes enquanto os custos aumentam. A compreensão da estrutura de custos nos hospitais é fundamental para que os recursos sejam aplicados da melhor forma possível, permitindo atender o máximo possível de pacientes com um nível adequado de qualidade.

A gestão de custos hospitalares deve começar pela análise detalhada de todas as despesas da instituição, com o objetivo de identificar áreas que possam ser otimizadas e oportunidades para a redução de gastos. Os fatos geradores dos custos na operação hospitalar variam sensivelmente, sendo fundamental entender quais variáveis serão consideradas para cada tipo de serviço de prestado e como essas podem ser mais eficientes.

A classificação dos custos também é fundamental para um gerenciamento eficiente, pois estes podem ser divididos em fixos (que permanecem constantes independente do volume de atividade produtiva) e variáveis (que aumentam ou diminuem de acordo com o volume de atividade produtiva). Essa classificação permite a tomada de decisão mais assertiva em especial quanto a realização de investimentos para verticalização da operação hospitalar junto de serviços de apoio diagnóstico e terapêutico (SADT) ou a terceirização de parte da operação.

O planejamento orçamentário é uma ferramenta importante para o gerenciamento de custos em hospitais. Através do orçamento, os gestores podem prever receitas e despesas, estabelecendo metas e objetivos para o período. O planejamento orçamentário deve ser elaborado de forma participativa, envolvendo todas as áreas do hospital, para que as previsões sejam realistas e possam ser alcançadas.

Apesar de sua importância, a gestão de custos é muitas vezes vista pelos profissionais da área assistencial como sinônimo de redução da qualidade nos serviços de saúde. É importante que a gestão de custos na saúde seja tratada sem tabus e preconceitos. Considerando estes fatores, foi realizada uma revisão integrativa visando identificar o quanto a temática de gestão de custos hospitalares é tratada na produção científica na área da saúde.

Diante do exposto, o objetivo deste estudo é identificar o nível de difusão do conhecimento sobre gestão de custos hospitalares na produção científica em saúde, visando responder a seguinte pergunta problema: qual o volume da difusão de conhecimento sobre custos hospitalares na produção científica em saúde?

2. MÉTODO

Para estabelecer a relevância do tema do estudo, foi inicialmente realizada uma revisão integrativa de literatura, um método de pesquisa que sintetiza estudos científicos para compreender fenômenos específicos. Este método é composto de seis fases: (1) elaboração da pergunta norteadora; (2) definição dos critérios de inclusão e exclusão; (3) coleta de dados; (4) avaliação dos estudos selecionados; (5) discussão dos resultados; e (6) apresentação da revisão integrativa (Whittemore, 2005; Mendes; Siqueira; Galvão, 2008).

Na formulação da pergunta norteadora para a revisão integrativa, foi utilizado o mnemônico ECLIPSE, acrônimo para *Expectation, Client group, Location, Impact, Professionals, Service e Evaluation*. A utilização deste mnemônico como estratégia para formulação da pergunta norteadora apresentou as seguintes definições:

- E – (Quais melhorias a informação trará): Ampliação da capacidade produtiva hospitalar e redução de custos nos serviços hospitalares;
- C – (Quem vai ser impactado): Gestores hospitalares;
- L – (Região onde se aplica): Brasil;
- I – (Impacto): Redução de custos por meio da diminuição de desperdícios de força de trabalho, insumos, máquinas, equipamentos e infraestrutura;
- P – (profissionais envolvidos): Administradores hospitalares, secretários de saúde, diretores de redes hospitalares e gestores dos diversos setores da estrutura organizacional dos hospitais;
- SE – (Para que serviço esta informação será útil): Serviços Hospitalares.

A pergunta formulada para a revisão integrativa foi: “qual o cenário atual de difusão do conhecimento sobre gestão de custos hospitalares na produção científica em saúde?”.

Para realizar a pesquisa, foram consultadas as bases de dados LILACS, Science Direct e Pubmed. A pesquisa foi realizada em julho de 2023 e forma pesquisados apenas estudos que apresentavam o termo exato "hospital costs" no título. O volume de texto encontrados se encontra sumarizado no Quadro 1.

Quadro 1 – Volume de Estudos Identificados no Levantamento Inicial.

Base de dados consultada	Termos pesquisados	Quantidade de Estudos
LILACS via BVS	Foi pesquisado apenas na Base de Dados LILACS com o filtro "**texto completo**" o seguinte termo de pesquisa: mh:("Custos Hospitalares")	184
Science Direct	*"hospital costs" nos títulos dos estudos*	417
Pubmed	*"Hospital Costs[Title]"*	1.079
TOTAL	1.680	

Fonte: Elaboração própria.

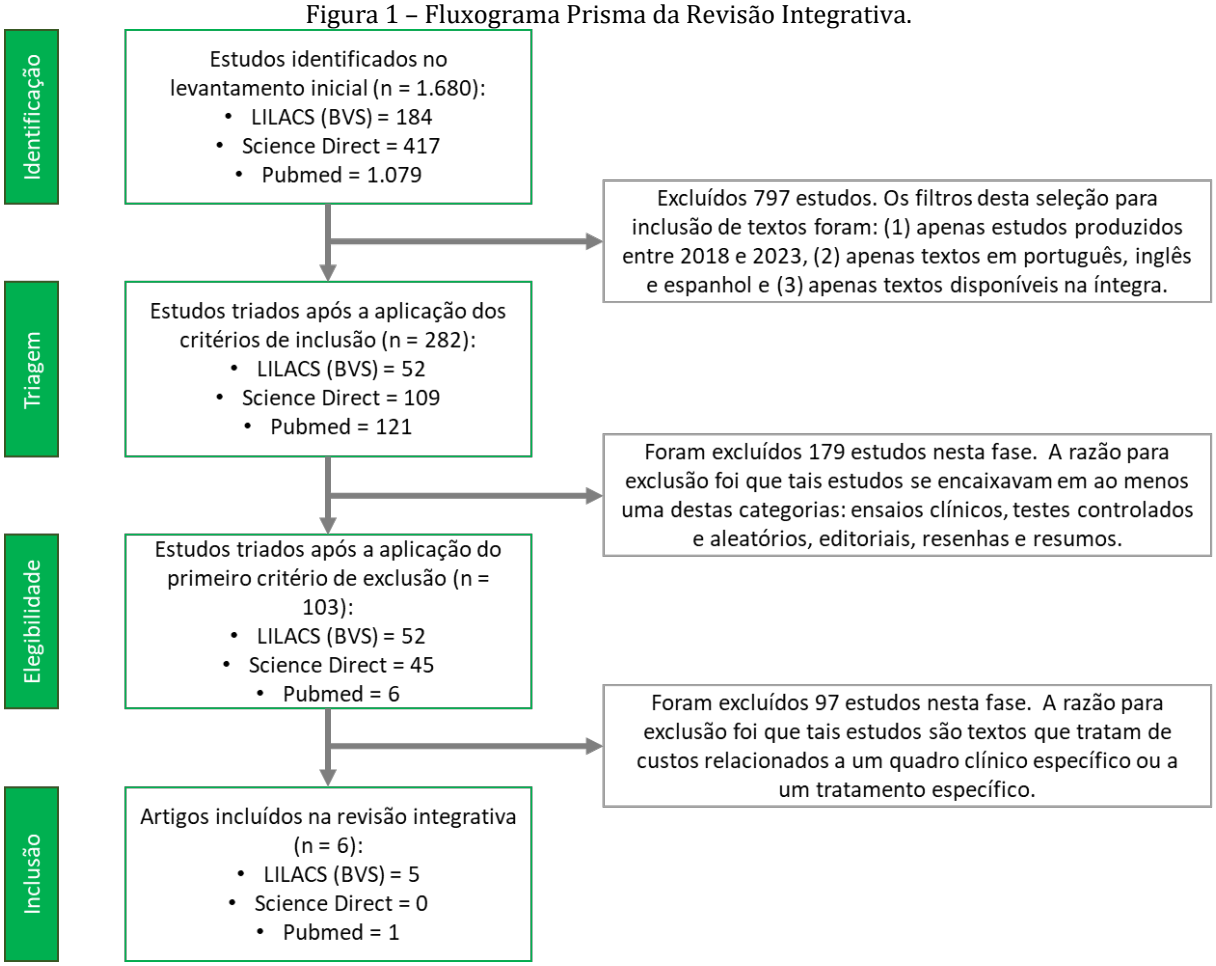
Considerando o grande volume de artigos sumarizados no levantamento inicial, foram aplicados filtros de inclusão e exclusão. Para inclusão foram considerados os seguintes critérios: (1) apenas estudos produzidos entre 2018 e 2023, (2) apenas textos em português, inglês e espanhol e (3) apenas textos disponíveis na íntegra.

Para a exclusão, foram considerados os seguintes critérios: (1) ensaios clínicos, testes controlados e aleatórios, editoriais, resenhas e resumos e (2) textos que tratam de custos relacionados a um quadro clínico específico ou a um tratamento específico.

3. RESULTADOS

Após a aplicação dos critérios de inclusão, foram excluídos 797 estudos que estavam foram do período de 2018 a 2023, estavam em idiomas diferentes de português, inglês ou espanhol, ou não estavam disponíveis na íntegra. Desta forma restaram 282 estudos aptos para a próxima fase da seleção. Após a aplicação do primeiro critério de exclusão, foram excluídos 179 estudos que se tratavam de ensaios clínicos, testes controlados e aleatórios, editoriais, resenhas ou resumos. Desta forma, restaram 103 estudos aptos para a próxima fase da seleção. Após a aplicação do segundo critério de exclusão, foram excluídos 97 estudos que tratam de custos relacionados a um quadro clínico específico ou a um tratamento específico, conforme leitura dos títulos dos estudos. Desta forma restaram 6 estudos que foram incluídos nesta revisão integrativa.

Figura 1 – Fluxograma Prisma da Revisão Integrativa.



Fonte: Elaboração própria.

Para organizar a apresentação dos estudos selecionados, foi elaborado um quadro (Quadro 2) com a descrição das seguintes informações: referência do estudo, título, autor / ano de publicação, objetivos e link para o estudo.

Quadro 2 – Publicações selecionadas para a revisão integrativa.

Estudo	Título	Autor e ano de publicação	Objetivos
1	National Inpatient Hospital Costs: The Most Expensive Conditions by Payer, 2017	LIANG; MOORE; SONI (2020)	Apresentar os dados de custos hospitalares relacionados ao cuidado dos pacientes internados utilizando a amostra nacional de pacientes internados de 2017 dos Estados Unidos da América. Descrever a distribuição dos custos por pagador principal esperado e ilustrar as condições que representam a maior porcentagem dos custos hospitalares de cada pagador.
2	Redução de custos hospitalares após implementação de ferramentas informatizadas na logística de um serviço de farmácia hospitalar	RODRIGUES; PAIVA (2022)	Avaliar os desfechos financeiros que um processo de informatização da rastreabilidade e a inserção de ferramentas informatizadas num fluxo de trabalho logístico proporcionaram a um serviço de farmácia hospitalar.

Estudo	Título	Autor e ano de publicação	Objetivos
3	Fatores determinantes para o aumento dos custos operacionais em um hospital público de São Paulo, Brasil	SOUZA; PEREIRA; SILVA (2020)	Quantificar os custos operacionais de um hospital público municipal da cidade de São Paulo (Brasil) e identificar fatores determinantes no aumento de custos durante o ano de 2016.
4	Los costos basados en actividades de Unidades Médico Quirúrgica y de Cuidados Medios en un hospital público	NERIZ *et al*. (2020)	Avaliar o número de leitos-dia de acordo com o diagnóstico de alta em um Hospital de Alta Complexidade no Chile
5	Custo de processamento de produtos para saúde: uma revisão integrativa.	PEREIRA et al. (2020)	Analisar o conhecimento produzido na última década sobre custos hospitalares relacionados ao processamento de produtos para saúde (PPS) reutilizáveis em Centros de Material e Esterilização (CME) e empresas processadoras.
6	Estimativa do custo dos serviços de Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva por metodologia de micro custeio top-down versus bottom-up	QUINTANILHA (2019)	Estimar o custo dos serviços de enfermagem no paciente em unidade de terapia intensiva por metodologia de micro custeio top-down e comparar com o micro custeio bottom-up.

Fonte: Elaboração própria.

Após a seleção dos estudos, procedeu-se com a discussão do conteúdo. Esta fase é fundamental para que seja analisada a difusão do conhecimento sobre o tema de que trata a revisão integrativa.

4. DISCUSSÃO

Após a leitura dos artigos, observou-se que a análise de custos hospitalares necessita de conhecimentos específicos sobre os processos de negócios dos hospitais. Conforme a especialidade do hospital, seus custos mudam por completo, havendo a necessidade dos gestores hospitalares das mais diversas áreas buscarem compreender os custos de seus setores. Os principais indutores de custos são: (1) recursos humanos, (2) materiais e medicamento e a (3) depreciação de ativos imobilizados (Neriz *et al.*, 2020).

Como entidade prestadora de serviços, o principal custo de um hospital é a remuneração de sua equipe. Dentre esta equipe, a força de trabalho com maior número de profissionais é a enfermagem, que juntamente com os profissionais de medicina representam o maior custo para a operação dos hospitais. O método de custeio e o cálculo de indicadores para a análise de custos é um fator primordial para a melhor gestão dos recursos financeiros da instituição hospitalar (Quintanilha, 2019).

Além desses, custos indiretos também devem ser levados em conta. Cabe destacar que para entidades privadas as despesas tributárias são representativas, fato que não ocorre no serviço público. O tema de gestão de custos hospitalares abordado nos estudos analisados foi

desenvolvido com enfoques generalistas e em alguns casos para situações específicas. Um dos estudos mostrou os efeitos de novos processos logísticos no custo da farmácia hospitalar (Rodrigues; Paiva, 2022) reforçando a necessidade do conhecimento específico dos diferentes processos hospitalares para uma melhor gestão de custos.

Outro estudo averiguou que pacientes oncológicos, pacientes de transplantes e clínico-cirúrgicos podem apresentar até 18,8 vezes o custo dos pacientes em maternidade e que os fatores de aumento de custos são a idade do paciente e a morte, mostrando a clara relação entre o aumento de custos e a complexidade da operação em que o hospital analisado atua (Souza; Pereira; Silva, 2020).

O conhecimento aprimorado sobre rotinas técnicas do trabalho em hospitais, como é o caso das rotinas de esterilização em Centrais de Materiais Esterilizados (CME), permite que decisões mais assertivas quanto a custos sejam tomadas pelos gestores, possibilitando maior eficiência para a instituição (Pereira, 2020). A compreensão dos processos de reutilização dos materiais no hospital é um grande gerador de economia de custos, pois os investimentos em ferramental cirúrgico e equipamentos são bastante representativos.

Outro fator importante sobre a análise de custos hospitalares é o referencial de custos adotados para a avaliação. Os sistemas de saúde no mundo variam consideravelmente. Ao comparar os custos de pacientes atendidos no Brasil com pacientes atendidos nos Estados Unidos da América, a diferença de custo é muito significativa (Liang *et al.*, 2020).

5. CONCLUSÃO

O objetivo deste estudo foi avaliar o nível de difusão do conhecimento sobre gestão de custos hospitalares na produção científica da área da saúde. Durante esta revisão integrativa observou-se que há muito material produzido sobre custos em cenários específicos, como por exemplo, pacientes com uma patologia específica ou um tipo específico de tratamento.

A produção de conteúdo que aborda o tema de custos hospitalares de forma mais ampla e generalista é menor, no entanto ela existe e permite avaliar diferentes cenários de análise de custos conforme a natureza dos hospitais avaliados. Os gestores de hospitais devem buscar ampliar seu conhecimento sobre os aspectos técnicos que permeiam a operação da instituição para que desta forma tenham maior entendimento sobre seus custos.

A análise de custos hospitalares é uma tarefa complexa que exige conhecimentos específicos de diferentes áreas da ciência. Como hospitais são instituições formadas por equipes multidisciplinares, sua operação possui uma natureza mais complexa do que outras atividades.

REFERÊNCIAS

LIANG, L.; MOORE, B.; SONI, A. **National Inpatient Hospital Costs: The Most Expensive Conditions by Payer, 2017. In Healthcare Cost and Utilization Project (HCUP) Statistical Briefs. Agency for Healthcare Research and Quality (US), 2020.** Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK561141/. Acesso em: 02 jul. 2023.

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.

NERIZ, L. et al. Los costos basados en actividades de Unidades Médico Quirúrgica y de Cuidados Medios en un hospital público. **Rev. méd. Chile**, v.148, n.1, p.17-29, 2020.

PEREIRA, R. R. N. et al. Custo de processamento de produtos para saúde: uma revisão integrativa. **Rev. SOBECC**, v.25, n.2, p.105-113, 2020.

QUINTANILHA, T. R. A. **Estimativa do custo dos serviços de Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva por metodologia de micro custeio top-down versus bottom-up.** Tese (Doutorado em Ciências) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. São Paulo, Brasil. 2019.

RODRIGUES, C. A. O; PAIVA, V. S. Redução de custos hospitalares após implementação de ferramentas informatizadas na logística de um serviço de farmácia hospitalar. **J. bras. econ. saúde**, v.14, n.3, p.210-216, 2022.

SOUZA, J. M. F.; PEREIRA, A. J.; SILVA, E. Fatores determinantes para o aumento dos custos operacionais em um hospital público de São Paulo, Brasil. **J. bras. econ. Saúde**, v.12, n.3, p.206-212, 2020.

WHITTEMORE, R.; KNAFL, K. The integrative review: update methodology. **J Adv Nursing**, v.52, n.5, p.546-53, 2005.

CAPÍTULO 2

DESCRIÇÃO DA INFRAESTRUTURA E PROCESSO DE TRABALHO DO SERVIÇO MÓVEL DE URGÊNCIA (SAMU)

DOI: 10.51859/amplla.gsi925.1125-2

Sandra Ferreira Cordeiro
Soraia Rolim Caldas
Virna Ribeiro Feitosa Cestari
Raquel Sampaio Florêncio

1. INTRODUÇÃO

O SAMU Brasil é um serviço médico de emergência de abrangência nacional no Brasil. É uma organização de serviço público que oferece assistência médica gratuita em emergências e urgência. O mesmo presta atendimento pré-hospitalar, como transporte médico, triagem e atendimento médico de emergência, bem como atendimento de urgência e emergência no local do acidente ou ocorrência (Baduy *et al.*, 2011).

O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) também oferece assistência médica de longo prazo a pessoas afetadas por desastres naturais, como enchentes, terremotos e incêndios. A equipe do SAMU é composta por médicos, enfermeiros, paramédicos e outros profissionais da área médica, treinados para atender a uma ampla gama de emergências médicas (O'Dwyer; Mattos, 2013).

Se tratando de quantidade de transportes, o número de viaturas de atendimento pré-hospitalar também aumentou significativamente. Em 2009, havia aproximadamente 1.400 veículos, sendo 66% deles de suporte básico e 22% de suporte avançado (Ortiga, 2014). Já em 2015, encontravam-se 1.977 veículos, sendo 68% de suporte básico e 32% de suporte avançado (Brasil, 2015a). Os dados indicam que, entre 2009 e 2015, houve um aumento de 41% no número de veículos do SAMU, além da ampliação do alcance para mais municípios. Essas mudanças representam uma significativa melhoria na cobertura e qualidade do serviço de atendimento de urgência e emergência pré-hospitalar.

O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) tem como principal objetivo fornecer atendimento rápido às pessoas que estão em situação de urgência e emergência, por meio de sua equipe de profissionais treinados e qualificados. O serviço é composto por profissionais de saúde, tais como médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, socorristas, e

outros profissionais, que atuam com equipamentos e veículos equipados para atender às necessidades dos pacientes. Além disso, o SAMU conta com um sistema de regulação de recursos que garante o envio dos veículos e profissionais adequados a cada caso (Abreu *et al*., 2012). Diante do exposto, o estudo teve por objetivo descrever a evolução da infraestrutura do SAMU.

2. MÉTODO

O presente estudo trata-se de uma Revisão Integrativa (RI), onde o método de pesquisa é abordado através da Prática Baseada em Evidências, com o intuito de sintetizar os artigos incluídos de forma sistemática e ordenada. A Revisão Integrativa é executada em seis etapas: elaboração da pergunta norteadora ou pergunta problema, busca na literatura, coleta de dados, análise crítica dos estudos, discussão dos resultados e apresentação da revisão (Cruz *et al*., 2021).

Para a elaboração da questão norteadora, utilizou-se a estratégia PICO (acrônimo para *patient, intervention, comparison, outcomes*). O primeiro elemento da estratégia (P) Serviço de Atendimento Móvel de Urgência; o segundo (I) estrutura; e o quarto elemento (O) Sistema Único de Saúde. Formando a pergunta: De que forma o SAMU está estruturado no Sistema Único de Saúde? Nessa Revisão Integrativa o item (C) da estratégia PICO, não foi utilizado.

As bases de dados utilizadas foram: COCHRANE; MEDLINE, LILACS e Web os Science onde foram usados na pesquisa os descritores do DeCS/MeSH: "SAMU"; Atendimento móvel pré-hospitalar"; *"Emergency Medical Services"; "SAMU" e* palavras-chave: "estrutura" e "Serviço de Atendimento Móvel de Urgência, foram utilizados os operados booleanos AND e OR para melhor ênfase nas equações de pesquisa. As equações de busca estão descritas no Quadro 1.

Quadro1 - Estratégias de busca para a Revisão Integrativa.

Base/banco de dados	Equação de busca	Número de estudos
LILACS via BVS	(samu) OR (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência) AND (atendimento pré-hospitalar) AND (ab:(estrutura))	11
Web of Science	*(samu) OR (Mobile Emergency Care Service) AND (pre-hospital care) AND (structure)*	95
MEDLINE	*(samu) OR (Mobile Emergency Care Service) AND (pre-hospital care) AND (structure)*	12
COCHRANE	*(samu) OR (Mobile Emergency Care Service) AND (pre-hospital care) AND (structure)*	36
TOTAL	154	

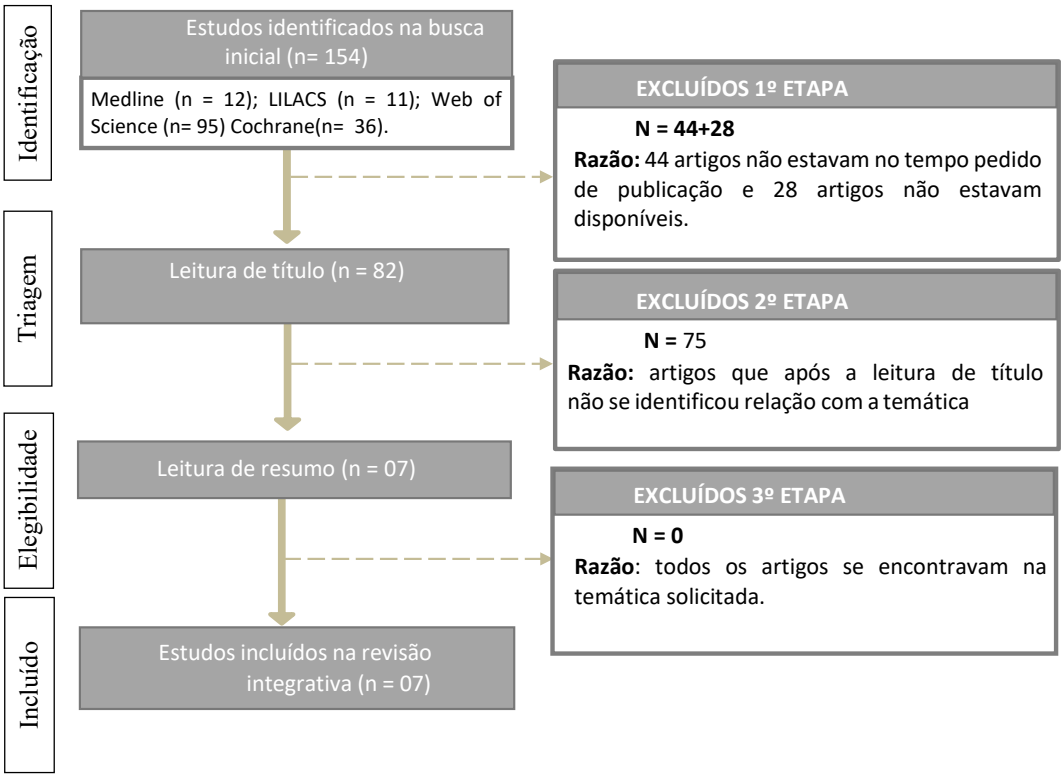
Fonte: Elaboração própria.

Para seleção de artigos foram utilizados os seguintes critérios de inclusão: trabalhos que tivessem no período de 2013 a 2023, idiomas em inglês, português e espanhol, que fossem publicados na íntegra. Os critérios de exclusão foram: trabalhos que não estivessem no tema e objetivo de estudo e trabalhos que não estivessem à domínio público.

A pesquisa realizada na base de dados obteve os seguintes resultados: foram encontrados 154 estudos iniciais. Aplicando os critérios de inclusão, 44 artigos não estavam dentro do tempo escolhido de publicação, restando 110 artigos para verificação de outros critérios de inclusão. De 110 estudos, 28 foram excluídos pois não estavam disponíveis, restando 82 para leitura do título. Posteriormente à leitura do título, foram excluídos 75 artigos, pois o mesmo não apresentava o tema proposto, restando assim 07 artigos, onde foram lidos os resumos e 07 artigos foram incluídos na presente Revisão Integrativa. O processo de escolha de artigos está descrito na (Figura 1).

Após a escolha e inclusão dos artigos, foi realizada extração dos principais fatores dos artigos, com ênfase em seus objetivos para síntese descritiva, dando assim, continuidade as etapas da revisão integrativa.

Figura 1- Etapas de seleção dos estudos.



Fonte: Elaboração própria.

3. RESULTADOS

Para a coleta de dados dos artigos que foram incluídos na revisão, utilizou-se um instrumento que contempla os seguintes itens: identificação do artigo original, características metodológicas do estudo e dos objetivos encontrados (URSI, 2005). As informações foram organizadas por meio de um quadro (Quadro 2) com a descrição dos seguintes aspectos: autor, ano de publicação, título, método do estudo e objetivo.

Quadro 2 - Quadro da Revisão Integrativa dos principais aspectos dos artigos incluídos.

Número de identificação	Autor/Ano	Título	Método	Objetivo
01	O'DWYER *et al.* (2017)	Implementation of the Mobile Emergency Medical Service in Brazil: action strategies and structural dimension.	Análise de documentos, entrevistas (abordagem qualitativa)	O artigo teve por objetivo analisar a implantação do atendimento pré-hospitalar móvel de urgência no Brasil.
02	ROMANZEIRA; SARINHO (2015)	Quality Assessment of Neonatal Transport performed by the Mobile Emergency Medical Services (SAMU)	Estudo observacional transversal	Verificar a qualidade do transporte neonatal feito pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu).
03	OLIVEIRA *et al.* (2019)	Effectiveness of the Mobile Emergency Medical Services (SAMU): use of interrupted time series.	A análise de séries temporais	Avaliar o desempenho do serviço de atendimento móvel de urgência (Samu) na região do Grande ABC, utilizando como condição traçadora o infarto agudo do miocárdio.
04	MALVESTIO; SOUSA (2022)	Inequality in pre-hospital care in Brazil: Analysis of the efficiency and sufficiency of SAMU 192 coverage.	Estudo censitário, observacional, de abordagem quantitativa, descritiva e exploratória.	O objetivo deste artigo é analisar a evolução e o cenário de cobertura da atenção pré-hospitalar no Brasil entre 2015 e 2019, sob as dimensões de eficiência e suficiência, na totalidade dos municípios, segundo macrorregiões, população coberta, situação e estratégia de cobertura, área geográfica coberta, modalidades disponíveis e recursos móveis distribuídos.
05	SILVESTRE (2016)	Avaliação da estrutura do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) de um município da região metropolitana de Curitiba – PR.	Pesquisa avaliativa de abordagem quantitativa qualitativa	O objetivo foi avaliar a estrutura organizacional do SAMU de um município da região sul do Brasil, com ênfase nos aspectos humanos, materiais, tecnológicos, de informação e normativos relacionados ao modelo de gestão.

Número de identificação	Autor/Ano	Título	Método	Objetivo
06	MARQUES (2013)	Condições e organização do trabalho das equipes do SAMU/RMF: riscos e agravos daqueles que trabalham contra o tempo.	Pesquisa bibliográfico-documental e entrevistas, de abordagem qualitativa	O presente estudo teve como objetivo investigar as condições e organização do trabalho dos profissionais integrantes das unidades móveis do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência da Região Metropolitana de Fortaleza - SAMU/RMF.
07	AZEVEDO (2020)	Regimento interno SAMUFor / Normas de Conduta Técnica e Gestora para Profissionais do SAMU 192 - Regional Fortaleza.	Norma técnica	Gestão para regimento interno do SAMU FORTALEZA.

Fonte: Elaboração própria.

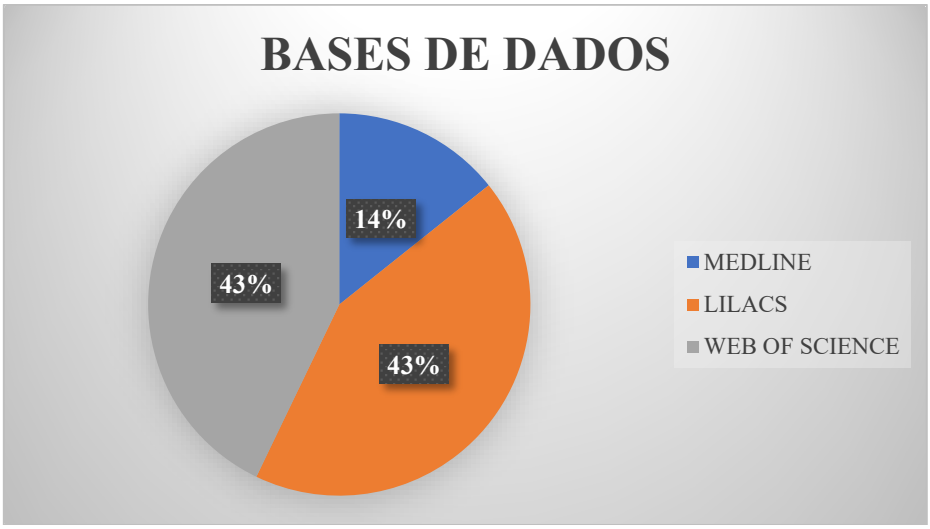
Verificou-se que, do total de artigos (1) foi publicado em 2013, (1) foi publicado em 2015, (1) foi publicado em 2016, (1) foi publicado em 2017, (1) foi publicado em 2019, (1) foi publicado em 2020, (1) foi publicado em 2022 (Figura 2).

Figura 2 - Distribuição dos artigos incluídos de acordo com ano de publicação.

Fonte: Elaboração própria.

De acordo com a distribuição em bases de dados, obteve o seguinte resultado: 01 artigo se encontrava na base de dados MEDLINE, 03 na base de dados LILACS e 03 na Web of Science (Figura 3).

Figura 3 - Distribuição dos artigos incluídos de acordo com as bases de dados.



Fonte: Elaboração própria.

Para melhor organização na síntese dos estudos encontrados, foi elaborado um quadro com o quantitativo de eixos temáticos encontrados nos objetivos dos artigos incluídos. Onde, foi percebível que alguns artigos relatam sobre avaliação da qualidade dos serviços e outros relatam sobre a estrutura física e organizacional do SAMU (Quadro 3).

Quadro 3 - Distribuição de artigos de acordo com a temática abordada.

Temática	Artigos
Avaliação da qualidade dos serviços do SAMU/Urgência	02, 03, 04 e 06
Estrutura física e organizacional	01, 05 e 07

Fonte: Elaboração própria.

4. DISCUSSÃO

4.1. Estrutura Física e Organizacional (SAMU)

O Sistema Único de Saúde (SUS) é um sistema de saúde pública brasileira, gratuito e universal, gerenciado pelo governo federal, estadual e municipal, que tem como objetivo oferecer a todos os cidadãos brasileiros acesso a serviços de saúde de qualidade. O SUS foi criado com o objetivo de melhorar a saúde da população brasileira, promovendo acesso à saúde, universalizando a assistência à saúde, garantindo a qualidade dos serviços e a eficácia do tratamento. O sistema conta com serviços de prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação, bem como promoção, vigilância sanitária e ações preventivas, um desses serviços se trata do Serviço de Urgência Móvel, mais conhecido como SAMU (Lopes; Fernandes, 2019).

No Brasil, o SAMU 192 teve início através de um acordo bilateral, assinado entre o Brasil e a França, por uma solicitação do Ministério da Saúde. O acordo foi assinado em 1988, com o

objetivo de desenvolver um sistema de atendimento para emergências médicas no Brasil. O SAMU 192 foi implementado em 1991 e começou a operar em 1993, com serviços de atendimento pré-hospitalar (Azevedo, 2020)

Atualmente, o Sistema de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) é responsável por atender emergências médicas e sociais através de ambulâncias equipadas com profissionais de saúde treinados para realizar atendimento pré-hospitalar. O serviço atende a todas as capitais brasileiras, bem como muitas cidades e municípios do interior do país (Lopes; Fernandes, 1999; Azevedo, 2020).

Foi criado em 2003 e oficializado pelo Ministério da Saúde através do Decreto nº. 5.055, de 27 de abril de 2004. O SAMU, no Brasil, propõe um modelo padrão de assistência que opera sob o acionamento da Central de Regulação das Urgências (CRU0), com discagem telefônica gratuita e de fácil acesso (número 192), com regulação médica regionalizada, hierarquizada e descentralizada (Corrales *et al*., 2019). Outra Portaria importante é a Portaria nº 2048/GM, de 05 de novembro, onde organiza o funcionamento do SAMU (Brasil, 2002).

A estrutura fixa do SAMU conta com a Central de Regulação, que é responsável pela classificação e encaminhamento das solicitações de atendimentos médicos realizadas ao serviço. Esta central é composta por técnicos de enfermagem que realizam a anamnese dos casos e direcionam os socorros para as unidades de saúde mais adequadas (O'Dwyer *et al*., 2017; Silvestre, 2016).

Além disso, o SAMU conta com uma estrutura móvel, composta por ambulâncias que são utilizadas para o deslocamento dos pacientes para os locais onde receberão o atendimento. Estas ambulâncias são equipadas com aparelhos de monitoramento e equipamentos de suporte básico à vida, como desfibriladores, oxímetros, entre outros (O'Dwyer *et al*., 2017; Silvestre, 2016).

O SAMU é responsável por promover o atendimento emergencial, prestando atendimento médico inicial e avaliação clínica, com o transporte seguro e qualificado para a reabilitação do paciente. O atendimento médico, que é realizado por profissionais de saúde treinados para o atendimento precoce e o transporte seguro de pacientes, é realizado em uma unidade móvel (ambulância) ou em um local como uma unidade descentralizada. O SAMU é responsável por acompanhar os pacientes até o hospital adequado, onde o paciente pode receber tratamento especializado para seu quadro clínico (O'Dwyer *et al*., 2017; Silvestre, 2016; Azevedo, 2020).

Nas Unidades de Suporte Básico, a equipe é composta somente por um condutor-socorrista e um técnico em enfermagem, enquanto, nas Unidades de Suporte Avançado, a

equipe composta por um enfermeiro, um profissional médico e um condutor-socorrista. Na Central de Regulação a equipe é composta por: Técnico Auxiliar de Regulação Médico (TARMs), rádios operadores (RO), médicos reguladores (MR), enfermeiros (O'Dwyer *et al.*, 2017; Silvestre, 2016; Azevedo, 2020).

4.2. Avaliação da Qualidade dos Serviços do SAMU/URGÊNCIA

Apesar da estrutura do SAMU ser amparada por Lei, há impasses durante o cotidiano na assistência, seja por causa da estrutura física como processo de trabalho. Em um estudo realizado por Romanzeira e colaboradores, onde o objetivo era avaliar o serviço do SAMU para recém-nascidos identificou diversas falhas e considerações:

- O transporte deve ser acompanhado por uma equipe multiprofissional que inclua, no mínimo, um enfermeiro, um médico e um técnico de enfermagem, além de outros profissionais que possam auxiliar na assistência ao paciente, como anestesiologistas, pediatras, cirurgiões;
- A equipe deve estar treinada e capacitada para realizar procedimentos de suporte de vida, como desfibrilação, intubação orotraqueal, manobras de reanimação cardiopulmonar, entubamento nasotraqueal;
- O transporte deve ser realizado em uma ambulância adequadamente equipada com os recursos necessários para suporte de vida e deve incluir equipamentos de monitorização, ventilação mecânica, drogas e medicamentos para suporte de vida.

No que diz respeito às competências específicas, os trabalhadores do SAMU devem ser treinados para lidar com situações de emergência, saber como trabalhar em conjunto com outros profissionais da área, como monitorar os pacientes, como manusear equipamentos de alta tecnologia e como desenvolver ações de prevenção. Além disso, os trabalhadores devem ser aptos para lidar com familiares dos pacientes, pois a comunicação entre eles é fundamental para a efetividade do atendimento. Outro ponto importante para o bom atendimento do SAMU é a capacitação dos gestores e demais profissionais da rede de saúde (Romanzeira; Sarinho, 2015).

Outro ponto identificado foi em relação a cobertura do SAMU. Um estudo realizado por Malvestio e Sousa (2022), teve por conclusão, que para que o serviço oferecido pelo SAMU seja de qualidade, precisa ter melhoras em alguns fatores:

- Desenvolver e implementar protocolos de atendimento com foco na segurança do paciente e na qualidade dos cuidados, como por exemplo, protocolos de

analgesia, de sepse, de choque séptico, de manejo da fibrilação atrial, entre outros;

- Investimento em tecnologia, desenvolvimento e qualidade dos serviços, para potencializar a oferta de atendimento, como por exemplo, telemedicina, e-saúde, EPR, telemonitoramento, sistemas de apoio à decisão clínica;
- Promover capacitações contínuas para o corpo clínico, técnico e gestor, sobre as novas tecnologias, práticas e diretrizes, para aprimorar a qualidade dos serviços e a segurança do paciente.

Os profissionais que trabalham no SAMU também foram avaliados quantos as práticas diárias. Desta forma, é necessário que os gestores dos serviços de urgência e emergência criem estratégias para melhorar a saúde e o bem-estar dos profissionais que trabalham nele, por meio de iniciativas que promovam o diálogo e a reflexão sobre as condições de trabalho, assim como ações que possam prevenir o adoecimento físico e psíquico dos trabalhadores. Algumas destas iniciativas poderiam incluir programas de treinamento, fóruns de discussão, supervisão psicológica, campanhas de divulgação sobre a saúde e bem-estar dos trabalhadores e ações de apoio aos profissionais (Marques, 2013).

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Foi descrito durante o trabalho como o SAMU é estruturado, quando ao físico e processo de trabalhos, porém e importante salientar que para um bom funcionamento é necessário um olhar mais especial para algumas questões.

Durante a leitura e síntese dos estudos, foi evidenciada a necessidade de um melhor planejamento dos recursos humanos e materiais para garantir a qualidade da assistência. Assim, é importante desenvolver ações que possam otimizar os processos organizacionais e melhorar a qualidade da assistência.

Outro ponto evidenciado foi a melhoria da cobertura local do SAMU, qualidade de vida dos profissionais de saúde e uso de tecnologias para melhor efetividade e eficácia dos serviços e ações oferecidos e planejados pelo SAMU.

REFERÊNCIAS

ABREU, K. P. *et al.* Percepções de urgência para usuários e motivos de utilização do serviço de atendimento pré-hospitalar móvel. **Rev Gaúcha Enferm.**, v. 33, n. 2, p. 146-152, 2012.

BADUY, R. S. *et al.* A regulação assistencial e a produção do cuidado: um arranjo potente para qualificar a atenção. **Cad Saúde Pública**, v. 27, n. 2, p. 295-304, 2011.

AZEVEDO, C.R.F.A. Regimento Interno SAMUFor-Normas de Conduta Técnica e Gestora para Profissionais do SAMU 192 Regional Fortaleza. In: **Regimento Interno SAMUFor-Normas de Conduta Técnica e Gestora para Profissionais do SAMU 192 Regional Fortaleza**. 2020. p. 176-176.

BRASIL. **Portaria nº 2048**, de 05 de novembro de 2002.

_____. **Portaria nº 1010, de 21 de maio de 2012**. Redefine as diretrizes para a implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e sua Central de Regulação das Urgências, componente da Rede de Atenção às Urgências. Ministério da Saúde, Brasília, DF, 2012a.

_____. **Portaria nº 1600, de 07 de julho de 2011.** Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS) da Saúde. Ministério da Saúde, Brasília, DF, 2011.

_____. Portal da Saúde. **Departamento de Informática do SUS - DATASUS**. SAMU. Ministério da Saúde, Brasília, DF, 2015a

CORRALLES, L.F. **Análise do serviço de atendimento móvel de urgência–unidade de suporte básico de Quaraí/RS: uma perspectiva dos servidores.** 17f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) - Tecnologia em Gestão Pública. Santana do Livramento: Unipampa, 2019.

LOPES, S.L.B.; FERNANDES, R.J. Uma breve revisão do atendimento médico pré-hospitalar. **Medicina**, v. 32, n. 4, p. 381-387, 1999.

MALVESTIO, Marisa Aparecida Amaro; SOUSA, Regina Márcia Cardoso de. Inequality in pre-hospital care in Brazil: Analysis of the efficiency and sufficiency of SAMU 192 coverage. **Cienc Saúde Coletiva**, v. 27, p. 2921-2934, 2022.

MARQUES, A.M.A. **Condições e organização do trabalho das equipes do SAMU/RMF: riscos e agravos daqueles que trabalham contra o tempo.** 168f. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Políticas Públicas e Sociedade) - Centro de Estudos Sociais Aplicados da Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2013.

MATTOS, R. A. Integral Care and Attention to Emergency: the mobile emergency care service in the state of Rio de Janeiro. **Rev Saúde Soc**, v. 22, n. 01, p. 199-210, 2013.

O'DWYER, G. *et al*. Implementation of the Mobile Emergency Medical Service in Brazil: action strategies and structural dimension. **Cad Saúde Publica**, v. 33, n. 7, p. e00043716-e00043716, 2017.

OLIVEIRA, C.C.M. *et al.* Effectiveness of the Mobile Emergency Medical Services (SAMU): use of interrupted time series. **Rev Saúde Pública**, v. 53, 2019.

ORTIGA, A. M. B. **Avaliação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência em Santa Catarina.** 243 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2014.

ROMANZEIRA, J.C.F.; SARINHO, S.W. Quality assessment of neonatal transport performed by the Mobile Emergency Medical Services (SAMU). **J Pediatria**, v. 91, p. 380-385, 2015.

SILVESTRE, A.L. **Avaliação da estrutura do serviço de atendimento móvel de urgência (SAMU) de um Município da Região Metropolitana de Curitiba-PR.** 175f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2016.

CAPÍTULO 3

O PAPEL DOS MODELOS ESTATÍSTICOS NA DECISÃO DE TRATAMENTO COM QUIMIOTERAPIA NAS NEOPLASIAS HEMATOLÓGICAS

DOI: 10.51859/amplla.gsi925.1125-3

Paulo Henrique Silva Rodrigues
Cybelle Façanha Barreto Medeiros Linard

1. INTRODUÇÃO

Os linfomas e leucemias são as neoplasias hematológicas mais frequentes e figuram entre as 10 neoplasias (excluindo os tumores de pele não melanoma) mais frequentes por homens e mulheres tanto em previsões brasileiras como internacional, e juntas ocupariam a quarta posição em relação às causas de mortalidade nesse grupo de doenças (American Cancer Society [ACS], 2023; Brasil, 2023).

Uma característica das neoplasias hematológicas é o potencial de resposta favorável ao tratamento quimioterápico mesmo em situações adversas, o que implica na dificuldade em se definir, em algumas situações complexas, quais pacientes poderiam se beneficiar do tratamento intensivo (LeBlanc; Abernethy; Casarett, 2015).

Estas situações complexas e a busca por formas de aumentar a eficiência de uma decisão para manejo do tratamento dos pacientes onco-hematológicos levou a elaboração de vários estudos que se valeram de modelos estatísticos como escalas, escores, índices ou aprendizado de máquina.

Neste contexto, observando a evolução dos estudos de modelos estatísticos relacionados à medicina, buscamos realizar uma revisão narrativa com objetivo de discutir este tema na assistência dos pacientes com neoplasias hematológicas.

2. A ONCO-HEMATOLOGIA

As neoplasias hematológicas se dividem principalmente em quatro classes, as linfóides, mieloides, plasmocitárias e histiocitárias. Dessas, os linfomas e as leucemias são as principais e mais frequentes neoplasias hematológicas (ACS, 2023; WHO, 2017).

Estima-se nos Estados Unidos da América 184.720 casos novos de neoplasias hematológicas, entre linfomas, mieloma e leucemias para o ano de 2023. A mortalidade

esperada para essas neoplasias é de 57.480 casos neste período. Segundo essa estimativa americana, as leucemias e os linfomas não hodgkins estão respectivamente em 7º e 8º lugar em relação a mortalidade de todas as causas relacionadas a câncer excluindo os de pele não melanoma, juntas ocupariam a 4ª posição ficando atrás das neoplasias de pulmão, cólon e reto e pâncreas (ACS, 2023).

No Brasil, para 2023 estima-se 12040 casos novos de linfoma de hodgkin, 11540 de leucemias e 3080 de linfoma de hodgkin. Esta incidência posiciona os linfomas não hodgkins e as leucemias nas 9ª e 10ª posições respectivamente em relação a incidência de neoplasias excluindo os cânceres de pele não melanoma (Brasil, 2023).

Em análise dos custos das neoplasias hematológicas realizada na União Europeia em 2012 foi identificado que elas correspondem a 8% do total de gastos com câncer nos 28 países da União Europeia. Isto coloca as neoplasias hematológicas na 4ª posição em relação ao custo total atrás nas neoplasias de pulmão, mama e cólon e reto. Contudo quando considerados apenas os custos de cuidado em saúde as neoplasias hematológicas sobem para segunda colocação com 12% dos custos, ficando atrás apenas das neoplasias de mama com 13% dos custos (Burns *et al.*, 2016).

Comumente hematologistas entendem que pacientes com cânceres hematológicos precisam de cuidados diferentes dos pacientes com tumores sólidos. Essa diferença pode ser avaliada pela ampla disposição de diferentes linhas de tratamento mesmo em casos refratários, sendo uma outra causa de acreditarem que os cuidados paliativos não cabem aos seus pacientes (LeBlanc; Abernethy; Casarett, 2015).

Em relação à possibilidade de cura há uma diferença real em relação às neoplasias hematológicas em relação aos tumores sólidos. As neoplasias hematológicas possuem chances de cura mesmo após diversas linhas de tratamento e mesmo em pacientes com limitações funcionais ou em cenários críticos. Essa diferença leva os hematologistas a perseguirem o tratamento curativo mesmo nas circunstâncias mais adversas (LeBlanc; Abernethy; Casarett, 2015).

3. MODELOS PREDITORES E JULGAMENTO CLÍNICO

No início do século XX discutia-se a forma como os médicos realizavam suas previsões e tomadas de decisão. Inicialmente, observavam que o raciocínio empírico era construído com base em impressões passadas utilizadas como modelo para previsões futuras, construindo grupos semelhantes de forma a classificados cognitivamente de acordo com a patologia ou a situação encontrada. Assim, quando se encontra um caso novo encaixam suas características

em um dos grupos já classificados e conduzem com base no que foi visto e feito anteriormente (Grove, 2005).

Esse modelo de julgamento clínico possui uma fraqueza inerente que são imperfeições do raciocínio humano como esquecimento ou falha de interpretação, que podem produzir vieses e levar a falha no julgamento clínico. Nesse contexto, iniciou-se um processo de análise para replicar essas previsões por meio de modelos estatísticos (Grove, 2005; Rajkomar *et al.*, 2019).

Não é somente a tomada de decisão que está sujeita a falhas: quase todo paciente que busca uma avaliação médica ao longo da vida experimentará um erro de diagnóstico e terá que lidar com suas consequências, que podem ser de maior ou menor escala. Esse fato muitas vezes é menosprezado e pouco estudado no meio científico, mas poderia ser reduzido de forma relevante com o auxílio dos sistemas de inteligência em computadores (McGlynn; McDonald; Cassel, 2015; Rajkomar *et al.*, 2019).

Um modelo estatístico é capaz de prever de forma tão eficaz ou até melhor que o julgamento clínico. O julgamento realizado por um modelo estatístico consegue ser superior ao julgamento clínico, possivelmente por considerar de forma mais acurada as taxas bases, atribuir pesos adequados aos dados disponíveis, considerar a regressão a média e avaliar adequadamente covariantes importantes para o julgamento (Dawes; Faust; Meehl, 2020; Grove *et al.*, 2000).

Percebe-se o crescente uso da inteligência artificial como ferramenta para melhorar a qualidade dos serviços de saúde e o suporte à decisão clínica, além do potencial para análise de dados superior aos métodos estatísticos convencionais. Tal sistema poderia auxiliar na tomada de decisões médicas de forma acurada e, por vezes, superar o julgamento clínico convencional das taxas de acertos. Contudo, todo esse poder não está isento de falha, pois inclui vieses relacionados aos dados e suas inconsistências (Choudhury; Asan; Mansouri, 2019).

Há uma tendência que as avaliações por modelos estatísticos se ampliem dado a capacidade em predizer eventos de forma ao menos igual ao julgamento clínico, mas com potencial de menor custo (Grove *et al.*, 2000). Nesse contexto, existe um temor que no futuro a inteligência artificial possa substituir até mesmo as decisões médicas. Mas, isto não parece ser o que se desenha, o futuro mais próximo deve incluir programas de inteligência artificial em protocolos de tomada de decisão interagindo com ambos os envolvidos (médicos e pacientes) e reduzir as possibilidades de erros cognitivos ou falhas de comunicação (Choudhury; Asan; Mansouri, 2019).

O uso de modelos estatísticos traz vantagens significativas e, por tal, deve ser estimulado. Desta forma, o caminho mais adequado para a prática de construção de decisão deve ser a combinação de modelos estatísticos com o julgamento clínico e a evolução do conhecimento clínico deve ser utilizada para otimizar os modelos estatísticos para maior redução do erro (Dawes; Faust; Meehl, 2020).

4. ESCALAS E ESCORES NA ONCO-HEMATOLOGIA

Em 1960 o grupo *Eastern Cooperative Group in Solid Tumor Chemotherapy* que posteriormente formaria o *Eastern Cooperative Oncologic Group* (ECOG) descreveu uma escala simplificada para mensuração da performance funcional, baseando-se no tempo de restrição no leito do paciente quando isso independe da sua vontade (Zubrod *et al.*, 1960).

Tabela 1 – Escala ECOG OS.

Funcionalidade	**Pontuação**
Normalmente ativo	0
Sintomático, mas quase completamente ativo	1
Maior tempo restrito ao leito, mas inferior a 50% do tempo diário esperado	2
Tempo restrito ao leito superior a 50% do esperado.	3
Totalmente restrito ao leito	4

Fonte: Traduzido de Zubrod et al. (1960).

A escala ECOG de performance funcional é uma das mais utilizadas no acompanhamento oncológico, sendo um dos importantes marcadores capazes de auxiliar na tomada de decisão de inclusão em tratamentos mais ou menos intensivos ou ainda em estudos clínicos (West; Jin, 2015).

Na hematologia um bom exemplo do uso de modelos estatísticos está a avaliação de prognóstico dos linfomas não hodgkin, onde um modelo estruturado inicialmente nas variáveis idade, nível sérico de lactato desidrogenase, performance funcional e estadiamento da doença de base, mostrou-se eficaz em separar grupos com prognósticos diferentes em relação à mortalidade ou risco de progressão da doença (INHLPFP, 1993).

Tabela 2 – Índice de prognóstico internacional

Todos os grupos	
Idade > 60 anos	1
LDH > Limite superior da normalidade	1
Funcionalidade (ECOG 3 e 4)	1
Estágio III ou IV	1
> 1 sítio extranodal	1

Risco: baixo (0-1), intermediário baixo (2), intermediário alto (3), alto (4)

≤ 60 anos	
LDH > Limite superior da normalidade	1
Funcionalidade (ECOG 3 e 4)	1
Estágio III ou IV	1

Risco: baixo (0), intermediário baixo (1), intermediário alto (2), alto (3)

Fonte: Traduzido de International non-hodgkin's lymphoma prognostic factors project (1993).

Vários sistemas para predição de prognóstico e orientação do tratamento no contexto da hematologia foram desenvolvidos e seu uso ampliado na prática clínica. Muitas dessas escalas em especial relacionadas aos linfomas derivam do Índice de prognóstico internacional, com aprimoramentos específicos para cada tipo específico de linfoma, gerando novos índices com eficácia melhor (Armitage *et al.*, 2017).

Os pacientes idosos são um grupo de difícil manejo para tratamento de doenças neoplásicas e para auxiliar nessa condição foram elaborados modelos como escalas e índices capazes de avaliar além da idade e contextualizar a funcionalidade, as comorbidades e o prognóstico da neoplasia hematológica para melhor definição terapêutica. Eles têm se mostrado úteis na escolha dos melhores planos terapêuticos, juntamente com a abordagem multidisciplinar e a avaliação geriátrica ampla (Klepin *et al.*, 2013).

Estudos na população geriátrica com câncer têm utilizado escalas como ferramenta para auxiliar na tomada de decisão em relação à melhor condução deste grupo uma vez que esta população pode se beneficiar de tratamentos inclusive com potencial curativo, mas podem estar sujeitos a riscos de toxicidade ao tratamento (Rubia *et al.*, 2022).

Ainda assim, apesar da estruturação de vários modelos prognósticos e mesmo com muitos desenvolvidos e validados em coortes com largo número de pacientes, muitas populações ainda são sub representadas. Assim, esses modelos devem ser utilizados com cautela, pois podem não estar alinhados adequadamente para todos os grupos de pacientes. Uma boa sugestão seria que os modelos prognósticos poderiam se beneficiar em aderir ao *guideline* TRIPOD, que inclui uma série de recomendações para desenvolver e validar novos modelos (Potdar *et al.*, 2017).

5. DESAFIOS DE TOMADA DE DECISÃO

Um dos grandes desafios de tratar as neoplasias hematológicas são as várias possibilidades de tratamento que usualmente possuem alguma chance resposta curativa com quimioterapia, mesmo em situações de recidiva ou refratariedade (LeBlanc; Abernethy; Casarett, 2015). Por exemplo, a decisão de tratar um paciente crítico em terapia intensiva com neoplasia hematológica é muito complexa e mesmo com vários indicadores e índices não é fácil de ser avaliada. Iniciar o tratamento com quimioterapia para pacientes em condições extremas, mesmo diante de lesões de órgãos ou infecções, pode ser uma medida com potencial de recuperar sua condição (Benoit *et al.*, 2006).

A idade também muitas vezes é um fator decisivo na decisão de tratamento, mas pacientes com neoplasias sem tratamento, independentemente da idade, têm maior risco de

morte quando comparado aos que recebem tratamento. A diferença de mortalidade entre os grupos tratados e não tratados não aumenta com a idade, o que mostra que a decisão de escolha do tratamento recai principalmente sobre o estado de saúde geral do indivíduo (Samet *et al.*, 1986).

A funcionalidade, importante determinante na decisão se o paciente toleraria uma quimioterapia ou na candidatura a um estudo clínico, tem desfecho semelhante quando é realizado do ponto de vista médico ou do próprio paciente. Contudo, o grau de discordância entre médicos e pacientes mostra que as ferramentas utilizadas para identificar a funcionalidade em condições de quimioterapia são subjetivas e podem promover dificuldades no entendimento e no processo de decisão compartilhada. Essa fragilidade é uma oportunidade para construir modelos menos subjetivos de avaliação (Leal *et al.*, 2018).

Outro desafio importante está relacionado ao início dos cuidados paliativos, pois comumente hematologista se deparam com uma ampla variedade de linhas de tratamento mesmo em casos refratários, inclusive com possibilidade curativa, fazendo com que o contato com a equipe de cuidados paliativos seja retardado. A média do tempo de internamento dos pacientes com neoplasia hematológica em hospices de cuidado paliativo são de 1 a 7 dias mostrando a chegada tardia ao serviço e a atenção focada para os cuidados de fim de vida, sendo especialmente mais curto quando se trata das leucemias (LeBlanc; Abernethy; Casarett, 2015).

As escalas como métodos de auxílio na percepção e identificação de padrões são importantes aliados para tomada de decisão e podem ser desenvolvidas e aprimoradas mesmo diante de situações de grande subjetividade, contanto que com método adequado e possível de replicar (Costa, 2011).

O estudo RETROGAH realizado por Rubia (2022) desenvolveu uma escala de avaliação geriátrica simplificada capaz de identificar idosos com neoplasias hematológicas como SMD, LMA, LLC e MM, capaz de identificar os grupos que estariam sujeitos a maior risco de toxicidade em relação aos tratamentos, podendo auxiliar na tomada de decisão em relação a melhor linha de tratamento.

A elaboração de indicadores específicos com para avaliação de toxicidade podem ser superiores aos atuais preditores de prognóstico e funcionalidade ao menos ao predizer a toxicidade da quimioterapia, podendo ser ferramentas mais adequadas no auxílio da tomada de decisão sobre o início do tratamento uma vez que tem seu desenvolvimento focado na classificação da resposta em termos de mortalidade precoce e toxicidade do tratamento (Harris *et al.*, 2022).

6. HUMANIZAR A EFICIÊNCIA

Ao avaliar as preocupações de pacientes com leucemia mieloide aguda, as principais preocupações dos pacientes em tratamento ou mesmo entre aqueles em remissão são o risco de morte e os efeitos colaterais a longo prazo. Em geral as preocupações dos pacientes com LMA se dividem entre impacto físico e efeitos psicossociais. O tratamento e a participação na tomada de decisão parecem ser preocupações menores comparadas com a sobrevida ou efeitos colaterais. Contudo não se pode diminuir a importância da tomada de decisão e a realização do tratamento (Liu *et al.*, 2019).

Isso é importante, pois médicos e pacientes frequentemente discordam em relação a percepção da funcionalidade ao diagnóstico, sendo a percepção da funcionalidade pelos pacientes usualmente pior que a avaliada pelos médicos quando há discordância. Isso é mais frequente quando avaliado em grupos de com doenças agressivas, em estágio avançado e entre aqueles com idade maior que 60 anos (Leal *et al.*, 2018).

Com isso, existem muitas dificuldades na percepção do paciente em relação ao prognóstico e ao risco do tratamento, devido a condução do seguimento clínico que tende a focar na perspectiva positiva do tratamento uma vez muitos assistentes temem que o completo entendimento do prognóstico possa ter consequências devastadoras do ponto de vista emocional e equilíbrio psicológico. Isso traz dificuldades de comunicação e muitos pacientes são submetidos a tratamentos com potencial de resposta pouco compreendido, mas com expectativa de resultado favorável desalinhado da realidade. Sendo fundamental o estabelecimento de uma forma clara e objetiva de comunicação deixando claro os riscos e benefícios para que o paciente alinhe as expectativas com as da equipe assistente e possa participar do processo de tomada de decisão (Lee *et al.*, 2001).

O manejo multidisciplinar é uma importante estratégia no auxílio para tomada de decisão, mas é menos prevalente entre os hematologistas, muito devido a principal linha de tratamento ser a quimioterapia. Assim os pacientes passam menos por outras especialidades e os hematologistas usualmente absorvem todas as demandas do paciente e buscam resolvê-las, tornando-os menos receptíveis a equipes consultivas (LeBlanc; Abernethy; Casarett, 2015).

As novas tecnologias e os avanços na tecnologia de aprendizado de máquina, fazem computadores possuírem capacidade de processamento de dados simultâneos bem maiores que o cérebro humano, fazendo desta tecnologia uma grande aposta para o futuro, inclusive participando do processo de tomada de decisão e reduzindo o risco de erros (Rajkomar *et al.*, 2019).

Contudo, todos os potenciais destas tecnologias passam pela capacidade que os seus desenvolvedores e seus usuários terão em perceber que o foco desta nova tecnologia não deve ser substituir o humano pela máquina, mas sim facilitar os processos de saúde para que os atores principais sejam capazes de desenvolver seu papel de forma mais ágil e assertiva, podendo assim dedicar mais tempo ao cuidado humanizado.

7. CONCLUSÃO

Diante de tantas dificuldades em relação ao paciente ser introduzido de forma adequada no processo de tomada de decisão e até mesmo no entendimento do processo de tratamento, muitas vezes dificultadas por entraves relacionados a vieses que são inerentes ao comportamento humano. Há a possibilidade que o uso de escalas e modelos estatísticos possam ser utilizados para melhor entendimento entre médicos e pacientes, reduzindo as falhas de comunicação, erros previsíveis e facilitando o cuidado. Esta possibilidade se torna ainda mais plausível com o avanço da inteligência artificial, que surge com a capacidade de integrar sistemas e dados, além de desenvolver a capacidade da linguagem semelhante ao processo de comunicação humana.

Essas novas tecnologias nos indicam um futuro promissor com grande potencial na melhoria dos processos de saúde e inclusive com possibilidade de melhorar os processos de comunicação. Contudo, todo esse potencial dependerá da habilidade dos seus usuários e do preparo dos profissionais de saúde e de seus pacientes em lidar com essas novas ferramentas.

REFERÊNCIAS

AMERICAN CANCER SOCIETY. **Cancer Facts & Figures 2023**. Atlanta American Cancer Society, 2023. Disponível em: <https://www.cancer.org/research/cancer-facts-statistics/all-cancer-facts-figures/2023-cancer-facts-figures.html>

ARMITAGE, J. O. *et al.* Non-Hodgkin lymphoma. **The Lancet**, v. 390, n. 10091, p. 298–310, 2017.

BENOIT, D. D. *et al.* Outcome in severely ill patients with hematological malignancies who received intravenous chemotherapy in the intensive care unit. **Intensive Care Med**, p. 93–99, 2006.

BRASIL. **Estimativa 2023: incidência de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: Instituto Nacional de Câncer, 2023.

BURNS, R. *et al.* Economic burden of malignant blood disorders across Europe: a population-based cost analysis. **The Lancet Haematology**, v. 3, n. 8, p. e362–e370, 2016.

COSTA, F. J. **Mensuração e desenvolvimento de escalas: aplicações em administração**. 1. ed. Rio de Janeiro: Editora Ciência Moderna, 2011.

DAWES, R. M.; FAUST, D.; MEEHL, P. E. Statistical Prediction Versus Clinical Prediction: Improving What Works. **A Handbook for Data Analysis in the Behavioral Sciences**, v. 30, p. 363–380, 2020.

DE LA RUBIA, J. *et al.* Geriatric assessment in hematology scale predicts treatment tolerability in older patients diagnosed with hematological malignancies: The RETROGAH study. **Journal of Geriatric Oncology**, n. November, 2022.

GROVE, W. M. *et al.* Clinical versus mechanical prediction: A meta-analysis. **Psychological Assessment**, v. 12, n. 1, p. 19–30, 2000.

GROVE, W. M. Clinical versus statistical prediction: The contribution of Paul E. Meehl. **Journal of Clinical Psychology**, v. 61, n. 10, p. 1233–1243, 2005.

HARRIS, W. *et al.* TRAIL Score: A Simple Model to Predict Immunochemotherapy Tolerability in Patients With Diffuse Large B-Cell Lymphoma. **JCO Clin Cancer Inform**, v. 6, p. e2100121–e2100121, jan. 2022.

INTERNATIONAL NON-HODGKIN'S LYMPHOMA PROGNOSTIC FACTORS PROJECT. A Predictive Model for Aggressive Non-Hodgkin's Lymphoma. **N Engl J Med**, 1993.

KLEPIN, H. D. *et al.* Individualizing Treatment Decisions for Older Adults with Hematologic Malignancies. **American Society of Clinical Oncology Educational Book**, n. 33, p. 208–219, 2013.

LEAL, A. D. *et al.* Variability of performance status assessment between patients with hematologic malignancies and their physicians. **Leukemia & lymphoma**, v. 59, n. 3, p. 695–701, mar. 2018.

LEBLANC, T. W. *et al.* Perceptions of palliative care among hematologic malignancy specialists: A mixed-methods study. **Journal of Oncology Practice**, v. 11, n. 2, p. e230–e238, 2015.

LEBLANC, T. W.; ABERNETHY, A. P.; CASARETT, D. J. What is different about patients with hematologic malignancies? A retrospective cohort study of cancer patients referred to a hospice research network. **Journal of Pain and Symptom Management**, v. 49, n. 3, p. 505–512, 2015.

LEE, S. J. *et al.* Discrepancies between patient and physician estimates for the success of stem cell transplantation. **Jama**, v. 285, n. 8, p. 1034–1038, 2001.

LIU, W.-X. *et al.* Effect of age as a continuous variable on survival outcomes and treatment selection in patients with extranodal nasal-type NK/T-cell lymphoma from the China Lymphoma Collaborative Group (CLCG). **Aging**, v. 11, n. 19, p. 8463–8473, 2019.

MCGLYNN, E. A.; MCDONALD, K. M.; CASSEL, C. K. Measurement Is Essential for Improving Diagnosis and Reducing Diagnostic Error A Report From the Institute of Medicine. **JAMA**, v. 314, n. 23, p. 2501–2502, 2015.

POTDAR, R. *et al.* Prognostic Scoring Systems in Allogeneic Hematopoietic Stem Cell Transplantation: Where Do We Stand? **Biol blood marrow transpl.**, v. 23, n. 11, p. 1839–1846, 2017.

RAJKOMAR, A. *et al.* Machine Learning in Medicine. **N Engl J Med**, n. 380, p. 1347–1358, 2019.

SAMET, J. *et al.* Choice of Cancer Therapy Varies With Age of Patient. **JAMA**, v. 255, n. 24, p. 3385–3390, 1986.

WEST, H.; JIN, J. O. Performance Status in Patients With Cancer. **JAMA Oncology**, v. 1, n. 7, p. 998, 2015.

WHO CLASSIFICATION OF TUMOURS EDITORIAL BOARD. **WHO Classification of Tumours of Haematopoietic and Lymphoid Tissues**. 4th. ed. [s.l: s.n.].

ZUBROD, C. G. et al. Appraisal of methods for the study of chemotherapy of cancer in man: Comparative therapeutic trial of nitrogen mustard and triethylene thiophosphoramide. **J Chronic Diseases**, v. 11, p. 7–33, 1960.

CAPÍTULO 4

A OUVIDORIA COMO INSTRUMENTO DE QUALIDADE NOS SERVIÇOS DE SAÚDE

DOI: 10.51859/amplla.gsi925.1125-4

Raquel Tavares Nobre de Freitas
Lídia Andrade Lourinho

1. INTRODUÇÃO

O papel do cidadão passou a ser fundamental na democracia moderna. O cidadão tem o direito de expressar sua opinião, de participar dos processos de tomada de decisão, de votar e de exigir responsabilidades por parte dos governantes. Ainda, é responsável por exigir que seus direitos sejam respeitados e manter a democracia funcionando. Assim, a participação cidadã é essencial para o bom funcionamento das democracias modernas (Cardoso, 2010).

A ouvidoria do Sistema Único de Saúde (SUS) é um mecanismo de controle social que visa promover a transparência na gestão do sistema de saúde e a defesa dos direitos da população. Por tal, é voltada para a população em geral, com foco na prevenção e correção de fraudes e irregularidades na saúde. Outra demanda para a criação de uma ouvidoria nacional é o fortalecimento da articulação entre esse órgão e as demais instituições da rede de saúde, especialmente os hospitais, para a realização de ações conjuntas e coordenadas em prol da qualidade de atendimento à população (Antunes, 2008; Monteiro, 2020).

As ouvidorias devem ter uma gestão democrática, devendo contar com a participação de representantes da gestão pública, das entidades de usuários, dos trabalhadores das áreas de saúde, dos profissionais de saúde, dos pesquisadores da área e dos Órgãos de Controle Interno e Externo. Além disso, a participação direta dos usuários no planejamento, execução e avaliação das políticas públicas de saúde é outro meio de controle social. O fortalecimento dos Conselhos Municipais de Saúde, o envolvimento de entidades da sociedade civil e a realização de audiências públicas são algumas formas de exercício de controle social das políticas públicas de saúde (Nardo; Juliani, 2012; Carvalho, 2023).

A descentralização das ouvidorias é importante para que haja a melhoria da qualidade dos serviços de saúde ofertados à população, pois dessa forma, haverá maior proximidade entre os usuários e as instituições, além de que as informações e demandas serão mais bem compreendidas, pois estarão mais alinhadas às peculiaridades regionais (Monteiro, 2020).

A relevância do estudo trata-se em mostrar que a ouvidoria é relevante para a formação de qualidade nos serviços de saúde, sendo a participação popular e a democracia como principais focos, pois os serviços são oferecidos para a população e assim, juntamente com a gestão, formar novas políticas públicas, eixos estratégicos e planos de trabalhos com a finalidade de organização de trabalho.

Diante disso, o trabalho objetivou em identificar através da literatura científica a importância da ouvidoria em saúde para a qualidade dos serviços.

2. MÉTODO

Utilizou-se do método revisão integrativa, em seis etapas (Souza; Silva; Carvalho, 2010): 1) elaboração da pergunta norteadora ou questão de pesquisa; 2) amostragem ou busca na literatura; 3) coleta de dados ou categorização dos estudos; 4) análise crítica dos estudos incluídos; 5) discussão e/ou interpretação dos resultados e 6) apresentação da revisão integrativa.

Como estratégia de busca na literatura utilizou-se a estratégia PICo para formulação da pergunta, sendo "P" (Population/Patient/Problem), "I" o fenômeno de interesse (Interest) e "Co" o contexto (Context). Ajustando-se o objeto de estudo à estratégia, tem-se P: ouvidoria; I: monitoramento da qualidade Co: serviços de saúde pública, tem-se como questão norteadora: Qual a importância das ouvidorias para o monitoramento da qualidade dos serviços em saúde pública?

Foram utilizados descritores Decs/Mesh: sistema único de saúde, gestão da qualidade, saúde pública, Public Health, Unified Health System, Total Quality Management. Palavras-chave: ouvidoria, qualidade.

Uma estratégia de busca detalhada e individual foi aplicada em cada base de dados: MEDLINE, LILACS, Web of Science e Science Direct. Sendo incluídos todos os artigos publicados dos últimos 10 anos, período compreendido entre 2013 até o dia 22 de março de 2023. As equações de busca estão descritas no quadro 1.

Quadro 1 - Equações de busca.

Base de dados	Equação	Nº de estudos
LILACS via BVS	(Ouvidoria) AND (Sistema Único de Saúde) OR (Saúde Pública) AND (Qualidade) OR (Gestão da Qualidade)	06
MEDLINE via PubMED	(Ouvidoria) AND (Sistema Único de Saúde) OR (Saúde Pública) AND (Qualidade) OR (Gestão da Qualidade)	174

Base de dados	Equação	Nº de estudos
Science Direct	(Ouvidoria) AND (Sistema Único de Saúde) OR (Saúde Pública) AND (Qualidade) OR (Gestão da Qualidade)	166
Web of Science	("Ombudsman" AND "Unified Health System" OR "Public Health" AND "Quality Management")	24
TOTAL		370

Fonte: Elaboração própria.

Durante a execução de busca e coleta dos artigos foram utilizados como critérios de inclusão todos os estudos que estivessem entre 2013 e 2023, idiomas inglês, português e espanhol, estivessem em texto completo e liberado para acesso online. Critérios de exclusão: foram excluídos todos os artigos que não estivessem na temática e objetivo proposto pelo estudo.

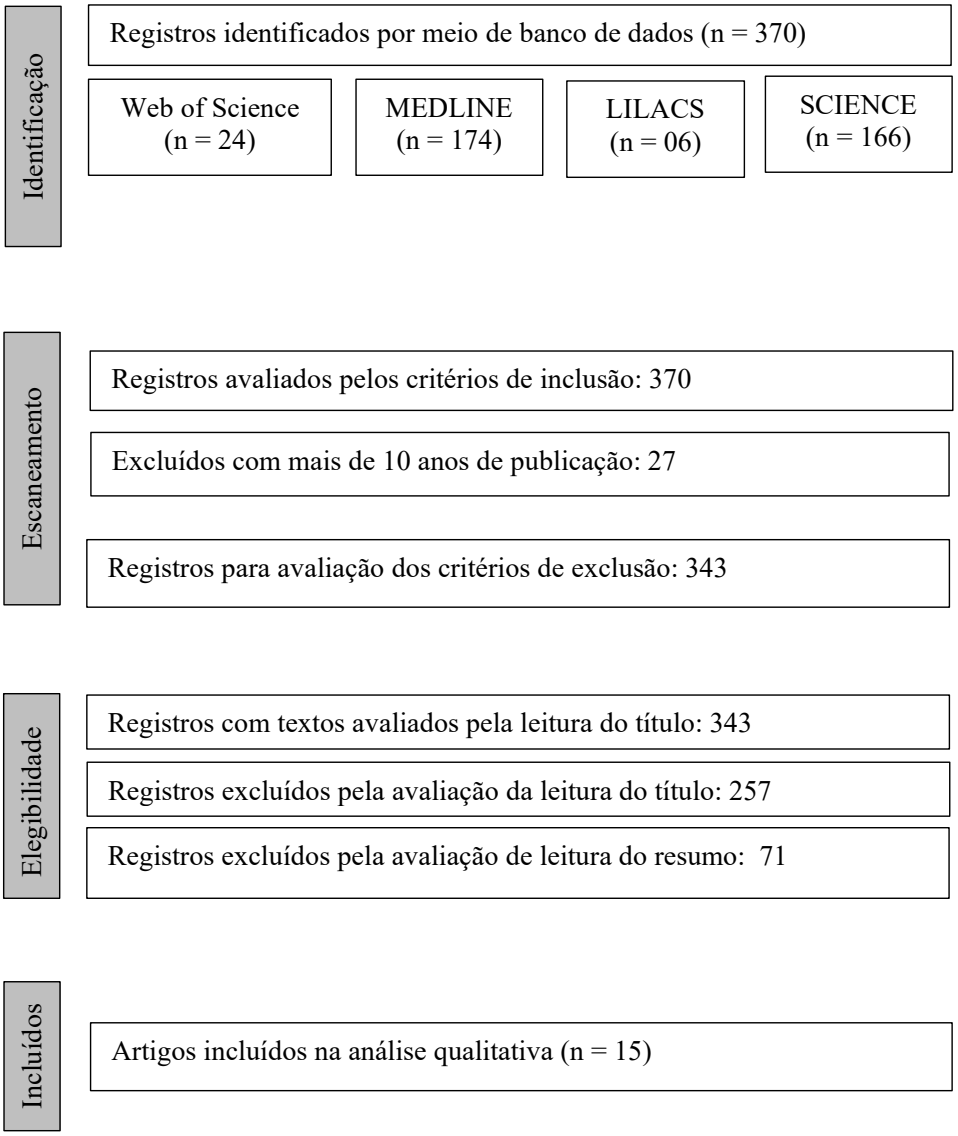
Foi construído um formulário para a extração e o gerenciamento das informações, sendo realizado de acordo com os aspectos de um roteiro de observação e mapeamento. As informações foram organizadas por meio de um quadro sinóptico (quadro 2) com a descrição dos seguintes aspectos: autor, ano de publicação, título, método do estudo e objetivo.

Após a inclusão dos artigos escolhidos, para dar continuidade as etapas da Revisão Integrativa, foi feito uma extração dos principais dados dos artigos incluídos, avaliação dos principais resultados de cada trabalho e posteriormente feito uma síntese narrativa.

3. RESULTADOS

A pesquisa nas bases de dados obteve os seguintes resultados: foram encontrados 370 estudos iniciais. Aplicando os critérios de inclusão, 27 foram excluídos, pois estavam fora do tempo de 10 anos, restando 343. Foram lidos 343 títulos, excluindo 257 artigos não estavam dentro dos padrões escolhidos, restando 86 artigos para leitura do resumo. Posteriormente à leitura do resumo, foram excluídos 71 artigos, pois o mesmo não apresentava o tema proposto, restando assim 15 artigos que foram incluídos na revisão Integrativa. O processo de escolha de artigos está descrito na (Figura 1).

Figura 1 - Fluxograma da seleção das publicações baseado no modelo PRISMA.



Fonte: Elaboração própria.

Verificou-se que, do total de artigos (2) dois foram publicados em 2013, (1) um foi publicado em 2014, (1) um foi publicado em 2015, (2) dois foram publicados em 2016, (3) três foram publicados em 2018, (1) um foi publicado em 2020, (2) dois foram publicados em 2021 e (3) três foram publicados em 2022.

Quadro 2- Quadro sinóptico dos artigos elegíveis, principais caraterísticas

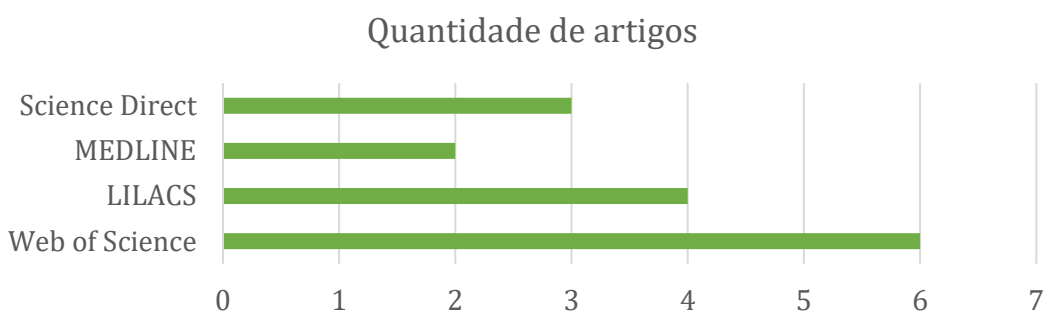
Nr Ordem	Autoria	Título	Método do estudo	Objetivo
1	Theophilo; Rattner; Pereira (2018)	Vulnerabilidade de mulheres negras na atenção ao pré-natal e ao parto no SUS: análise da pesquisa da Ouvidoria Ativa.	Pesquisa qualitativa	Este trabalho objetivou analisar diferenças na atenção ao pré-natal e ao parto no SUS segundo raça/cor a partir de dados da Pesquisa da Ouvidoria Ativa da Rede Cegonha em 2012.
2	Almeida et al. (2018)	Ouvidoria ativa em saúde: avaliação da qualidade da atenção ao parto e nascimento.	Estudo de avaliação / Estudo observacional / Estudo de prevalência / Pesquisa qualitativa / Fatores de risco	Avaliar a ouvidoria ativa em saúde como ferramenta de avaliação da qualidade da atenção ao parto e nascimento da Rede Cegonha do Distrito Federal.
3	Fernandes et al. (2016)	Innovation in the role of the Office of the Ombudsman of the Unified Health System (SUS)– reflections and potential benefits.	Revisão de Literatura	O artigo pretende refletir sobre as potencialidades de práticas inovadoras na concepção e no trabalho das instâncias que compõem o Sistema Nacional de Ouvidorias do Sistema Único de Saúde.
4	Caliari; Ricard; Moreira (2022)	Analysis of manifestations to the General Ombudsman of the Unified Health System (SUS), from 2014 to 2018: evidence for decision-making.	Estudo documental	Este trabalho tem como objetivo analisar as manifestações dos cidadãos à Ouvidoria Geral do Sistema Único de Saúde (SUS), no período 2014-2018, discutindo e compreendendo-as como evidências para orientar a tomada de decisão dos gestores do SUS.
5	Škarica (2020)	Employees' job satisfaction in public health institutions with implemented quality management system.	Análise qualitativa	Analisar a importância e o papel dos funcionários na implementação, manutenção e melhoria do sistema de gestão da qualidade e avaliou em que medida a aplicação dos princípios do sistema de gestão da qualidade na organização contribui para a satisfação do funcionário no trabalho.
6	Bonfim; Da Cunha; Lacerda (2022)	Health ombudsman and racial inequities in Dental Specialities Centers performance in Brazil: A multilevel analysis.	Análise documental	Este estudo teve como objetivo verificar as diferenças raciais no desempenho dos Centros de Especialidades Odontológicas no Brasil, segundo a presença de ouvidoria de saúde ativa em quatro desfechos primários: (1) acesso e consulta odontológica, (2) serviços de acolhimento, (3) vínculo e responsabilidade, e (4) participação social.
7	Bittencourt et al. (2018)	Ombudsman's experience in Psychosocial Care Centers for alcohol/drugs.	Análise temática de conteúdo das fichas depositadas na ouvidoria. Documental	O objetivo do estudo foi analisar as críticas, elogios e sugestões dos usuários, familiares e trabalhadores, colocadas na Ouvidoria de um Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e outras drogas (CAPS ad).
8	Smith-Merry et al. (2016)	Responses by hospital complaints managers to recommendations for systemic reforms by health complaints commissions.	Análise qualitativa (entrevistas)	Este artigo explora como os gerentes de reclamações hospitalares reagem às recomendações para reformas sistêmicas de qualidade por saúde de reclamações em resposta a reclamações de pacientes em Queensland e New South Wales.
9	Silva; Pedroso; Zuchhi (2014)	Ombudsmen in health care: case study of a municipal health ombudsman.	Abordagem qualitativa da pesquisa utilizando o estudo de caso, métodos descritivos e transversais.	Analisar o papel da Ouvidoria Municipal de Saúde e sua contribuição para a gestão da saúde pública na perspectiva dos usuários do sistema público de saúde e dos conselheiros municipais de saúde.
10	Penning; Warnock	A critical analysis of the UK Civil Aviation Authority's	Análise qualitativa	O objetivo desta pesquisa foi determinar como um ombudsman

Nr Ordem	Autoria	Título	Método do estudo	Objetivo
	(2022)	medical appeals process: Assessing the need for an independent medical ombudsman.		médico independente criado para arbitrar os apelos médicos da Autoridade de Aviação Civil do Reino Unido (CAA) teria impacto nos níveis de clareza percebida, transparência, justiça.
11	Cormark; Mcmorrow (2021)	Complaints analysis in obstetric anaesthesia: Can we learn from Scottish ombudsman enquiries?	Pesquisa documental	O objetivo da revisão da reclamação não é apenas fornecer justiça para o indivíduo, mas também compartilhar os pontos de aprendizado para melhorar a prestação de serviços públicos na Escócia. O objetivo secundário foi identificar pontos de aprendizagem para melhorar os serviços de anestesia obstétrica.
12	Bloemen et al (2015)	Trends in Reporting of Abuse and Neglect to Long Term Care Ombudsmen: Data from the National Ombudsman Reporting System from 2006 to 2013.	Pesquisa documental	O objetivo foi descrever as tendências nacionais na denúncia de abuso e negligência em instalações de enfermagem para ombudsmen de cuidados de longo prazo de 2006 a 2013 usando o NORS.
13	Peixoto; Marsiglia; Monrroe (2013)	Atribuições de uma ouvidoria: opinião de usuários e funcionários.	Pesquisa quanti e quali	Investigar a opinião de usuários e funcionários da ouvidoria de uma instituição geriátrica do SUS (Sistema Único de Saúde) sobre os serviços prestados por ela.
14	Fernandes et al (2021)	Ouvidoria como instrumento de participação, controle e avaliação de políticas públicas de saúde no Brasil.	Pesquisa documental	Este artigo objetiva analisar a atuação da Ouvidoria-geral do SUS.
15	Magruder; Field; Xu (2013)	Sizing up assisted living: an examination of long-term care ombudsman complaint data.	Pesquisa documental	Avaliar as demandas recebidas a ouvidoria.

Fonte: Elaboração própria.

Em relação a distribuição de artigos encontrados nas bases de dados, obteve-se o seguinte resultado: (4) se encontravam na LILACS, (6) Web of Science, (2) Medline via Pubmed, (3) Science Direct (Figura 3).

Figura 3 - Distribuição de artigos de acordo com a Base de Dados.



Fonte: Elaboração própria.

Realizado o levantamento das principais características dos artigos incluídos exposto no Quadro 2, pode-se perceber que todos os artigos possuem o objetivo contemplado pelo

presente estudo, onde se tem a ouvidoria como principal componente em sua avaliação de funcionamento.

4. DISCUSSÃO

É notável a importância do órgão da ouvidoria em todas as esferas de saúde. Além do processo de trabalho, a Ouvidoria de Saúde deve buscar meios para estimular a participação da população e assegurar a qualidade dos serviços ofertados. Para tanto, devem ser estabelecidas práticas de gestão que propiciem a melhoria da qualidade dos serviços. Tais práticas incluem a monitorização dos processos para detectar desvios, a implementação de protocolos de atendimento, a atualização dos dados e a realização de auditorias. O objetivo é assegurar que as ações realizadas sejam eficazes e contribuam para a melhoria dos serviços de saúde (Almeida *et al.*, 2018; Fernandes *et al.*, 2016; Silva; Pedroso; Zucchi, 2014).

A Ouvidoria Ativa da SES-DF tem por objetivo aprimorar a democracia participativa e a efetividade do SUS, colaborando para a tomada de decisões mais rápidas e eficientes. A Ouvidoria Ativa visa à coleta ativa de informações para subsidiar efetivamente os gestores e usuários do SUS. Sua finalidade é, portanto, fortalecer a participação social e o controle social sobre as ações e serviços de saúde oferecidos pelo SUS. Além disso, serve como um meio de escuta coletiva para monitorar a qualidade do serviço ofertado, verificando o alinhamento estratégico com os níveis de gestão do SUS-DF (Almeida *et al.*, 2018).

O papel das ouvidorias é receber denúncias e reclamações de serviços públicos, bem como oferecer suporte para que essas sejam solucionadas da melhor forma possível. Essas instituições também trabalham para prevenir e solucionar conflitos entre a administração pública e a população, além de contribuírem para a melhoria da qualidade dos serviços prestados. Outro ponto importante é que as ouvidorias fomentam a transparência na administração pública, pois contribuem para que as informações sobre os serviços prestados sejam mais acessíveis à população. Outro fator importante a ser considerado na gestão de uma ouvidoria de saúde é o desenvolvimento de indicadores e ferramentas de mensuração dos resultados (Fernandes *et al.*, 2021).

Os responsáveis pela gestão da ouvidoria e receber todas as demandas é o ouvidor. Acredita-se que o bom acolhimento e a polidez dos ouvidores são fatores importantes para a percepção positiva dos usuários, mas isso por si só não garante a satisfação dos mesmos. É preciso que, além desse acolhimento, haja efetividade na resolução dos problemas apresentados pelos usuários, para que exista um sentimento de satisfação real (Peixoto; Marsiglia; Morrone, 2013).

Um estudo realizado por Caliari e colaboradores identificou que a ouvidora-geral do SUS tem recebido, em 2014 a 2018, mais de 200 mil manifestações. Isso representa um potencial de receber demandas da população e, em alguns casos, pode identificar problemas na rede de assistência. As classificações das manifestações são importantes indicativos das insatisfações (reclamações), satisfações (elogios), necessidades de saúde da população (solicitações), indícios de irregularidade (denúncias), propostas de melhorias (sugestões), a partir do olhar de cidadãos e cidadãs (Caliari; Ricardi; Moreira, 2022.)

A ouvidoria em saúde é uma ferramenta importante para o planejamento de serviços odontológicos especializados, pois permite o monitoramento e a avaliação da qualidade e equidade dos serviços prestados. Ao implementar a ouvidoria de saúde, é possível coletar informações sobre as necessidades dos usuários, o acesso aos serviços, o acolhimento e o vínculo com os profissionais de saúde, bem como a responsabilidade e a participação social. Além disso, a ouvidoria de saúde pode ajudar a identificar e a reduzir as iniquidades raciais no acesso aos serviços odontológicos especializados (Bonfim; Cunha; Lacerda, 2022).

No âmbito de avaliação da ouvidoria do CAPAS, um estudo realizado por Bittencourt e colaboradores identificou que os resultados evidenciam ainda a necessidade de aprimorar a comunicação entre os profissionais da saúde mental e os usuários, bem como a possibilidade de melhorias no atendimento a estes. É possível constatar que o CAPS ad de Macapá tem como uma de suas principais necessidades o aprimoramento da comunicação entre equipe e usuários, pois se trata de um serviço que tem como foco principal o cuidado à saúde mental, o qual exige uma boa comunicação para se obter resultados satisfatórios. A ouvidoria tem sido um bom meio de informação, pois permite que a equipe multidisciplinar receba feedback diretamente dos usuários, o que pode contribuir para a melhoria dos serviços de saúde mental (Bittencourt *et al.*, 2018).

A ouvidoria tem um papel fundamental na qualidade dos serviços de saúde, pois é responsável por assegurar que os serviços sejam prestados de acordo com os princípios de qualidade, ética e responsabilidade. Ela fornece um canal de comunicação aberto entre o paciente e o prestador de serviços de saúde, para que os usuários possam expressar suas opiniões, sugestões, elogios ou reclamações sobre os serviços oferecidos. Além disso, ela também contribui para a identificação de problemas de qualidade dentro do serviço, permitindo que as instituições de saúde tomem medidas corretivas eficazes para melhorar a qualidade de seus serviços (Magruder; Fields; Xu, 2018; Bloemen *et al.*, 2015; Comarck; McMorrow, 2021).

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A ouvidoria em saúde é responsável por oferecer uma forma de canal de comunicação para que os pacientes e acompanhantes possam expressar suas preocupações e reclamações sobre os serviços prestados pelos profissionais da área da saúde.

Essa ferramenta permite que os usuários do sistema de saúde expressem suas queixas de forma segura, anônima e oportuna, o que contribui significativamente para a melhoria e qualidade dos serviços prestados. Além disso, a ouvidoria também promove a transparência e a responsabilização dos serviços da saúde, fornecendo informações e dados para o monitoramento e avaliação dos serviços prestados.

Portanto, a Ouvidoria em Saúde é fundamental para garantir a melhoria da qualidade dos serviços de saúde prestados aos cidadãos. Ela possibilita ao usuário do sistema de saúde se manifestar sobre suas experiências, gerando dados que permitem a identificação de problemas e a busca por soluções. Assim, o usuário passa a ter um espaço de diálogo e participação no processo de tomada de decisões sobre políticas de saúde, contribuindo para a melhoria da qualidade dos serviços prestados. Além disso, a ouvidoria em saúde contribui para o fortalecimento do controle social, garantindo o acesso à informação e a transparência da gestão do sistema de saúde.

No estudo realizado, é nítido identificar que não há dúvidas sobre a atuação da ouvidoria na formação do serviço de qualidade na saúde.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, K.J.Q. *et al*. Active health Ombudsman service: evaluation of the quality of delivery and birth care. **Rev Saúde Pública**, v. 52, p. 76, 2018.

ANTUNES, L.R. Ouvidorias do SUS no processo de participação social em saúde. **Saúde Coletiva**, v. 5, n. 26, p. 238-241, 2008.

BITTENCOURT, M.N. *et al*. Ombudsman's experience in Psychosocial Care Centers for alcohol/drugs. **Rev Bras Enferm.**, v. 71, p. 2287-2294, 2018.

BLOEMEN, E.M. *et al.* Trends in reporting of abuse and neglect to long term care ombudsmen: Data from the national ombudsman reporting system from 2006 to 2013. **Geriatric Nursing**, v. 36, n. 4, p. 281-283, 2015.

BOMFIM, R.A.; CUNHA, I.P.; LACERDA, V.R. Health ombudsman and racial inequities in Dental Specialities Centers performance in Brazil: A multilevel analysis. **Com Dent Oral Epidemiol.**, v. 50, n. 1, p. 11-18, 2022.

CALIARI, R.V.; RICARDI, L.M.; MOREIRA, M.R. Analysis of manifestations to the General Ombudsman of the Unified Health System (SUS), from 2014 to 2018: evidence for decision-making. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 27, p. 205-218, 2022.

CARDOSO, A.S.R. **Ouvidoria pública como instrumento de mudança**. Texto para Discussão, 2010.

CARVALHO, C.A. Análise de experiência da Ouvidoria SUS Bahia. **Saúde em Debate**, v. 46, p. 166-178, 2023.

CORMACK, A.; MCMORROW, F. P. Complaints analysis in obstetric anaesthesia: Can we learn from Scottish ombudsman enquiries? **Int J Obstetric Anesthesia**, v. 46, 2021.

FERNANDES, F.M.B. *et al.* Innovation in the role of the Office of the Ombudsman of the Unified Health System (SUS)–reflections and potential benefits. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 21, p. 2547-2554, 2016.

FERNANDEZ, M.V. *et al.* Ouvidoria como instrumento de participação, controle e avaliação de políticas públicas de saúde no Brasil. **Physis: Rev Saúde Coletiva**, v. 31, p. e310403, 2021.

MAGRUDER, K.J.; FIELDS, N.L.; XU, L. Dimensionando a vida assistida: um exame dos dados de reclamação do ombudsman de cuidados de longo prazo. **Home Health Care Services Quarterly**, v. 37, n. 3, pág. 158-176, 2018.

MARSIGLIA, R.M.G.; MORRONE, L.C. Atribuições de uma ouvidoria: opinião de usuários e funcionários. **Saúde Soc.**, v. 22, p. 785-794, 2013.

MONTEIRO, M.M. A ouvidoria e sua contribuição na saúde suplementar. **Rev Cient Faculdade Unimed**, v. 2, n. 2, p. 83-94, 2020.

NARDO, L.R.O.; JULIANI, C.M.C.M. Ouvidoria: avaliando o acesso aos serviços de saúde. **Rev Rene**, v. 13, n. 3, p. 613-622, 2012.

PENNING, J.; WARNOCK-SMITH, D. A critical analysis of the UK Civil Aviation Authority's medical appeals process: Assessing the need for an independent medical ombudsman. **Transport Policy**, v. 129, p. 188-203, 2022.

SILVA, R.C.C.; PEDROSO, M.C.; ZUCCHI, P. Ombudsmen in health care: case study of a municipal health ombudsman. **Rev Saude Publica**, v. 48, p. 134-141, 2014.

ŠKARICA, I. Employees' job satisfaction in public health institutions with implemented quality management system. **Tour Hosp Manag.,** v. 26, n. 1, p. 253-257, 2020.

SMITH-MERRY, J. *et al.* Responses by hospital complaints managers to recommendations for systemic reforms by health complaints commissions. **Austr Health Review**, v. 41, n. 5, p. 527-532, 2016.

SOUZA, M.T.; SILVA, M.D.; CARVALHO, R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. **Einstein**, v. 8, p. 102-106, 2010.

THEOPHILO, R.L.; RATTNER, D.; PEREIRA, E.L. Vulnerabilidade de mulheres negras na atenção ao pré-natal e ao parto no SUS: análise da pesquisa da Ouvidoria Ativa. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 23, p. 3505-3516, 2018.

CAPÍTULO 5

PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO COMO FERRAMENTA DE GESTÃO EM POLICLÍNICAS: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

DOI: 10.51859/amplla.gsi925.1125-5

Isadora Macedo Lima da Assunção
Cora Franklina do Carmo Furtado

1. INTRODUÇÃO

Para desenvolver um planejamento estratégico com qualidade é preciso partir de uma análise situacional ou diagnóstico, na década de 80, Carlos Matus, um economista chileno mencionou que não há um único diagnóstico e nem verdade objetiva, definindo o planejamento como uma ferramenta de liberdade para planejar e governar, possibilitando explorar possibilidades e fazer escolhas (Kleba *et al.*, 2010).

O planejamento estratégico como estratégia de gestão em uma policlínica pertencente ao Sistema Único de Saúde (SUS) é primordial para a organização e a otimização dos serviços ofertados no setor público, com base nos princípios do SUS: da universalidade, da equidade, da integralidade, da descentralização, e da participação popular (Brasil, 1990).

Diante do contexto, este estudo busca compreender como o planejamento estratégico pode ser usado como estratégia de gestão em uma policlínica pertencente ao Sistema Único de Saúde, visto que se faz necessário para uma gestão pautada em resultados e assim contribuir para o fortalecimento das políticas públicas.

O objetivo geral é conhecer mais sobre o desenvolvimento de um planejamento estratégico como estratégia de gestão em uma policlínica pertencente ao Sistema Único de Saúde porque "... o diagnóstico situacional permite identificar problemas, limites e potencialidades do serviço de saúde e contribui para o planejamento adequado de ações a serem implementadas" (Queiroz; Valente, 2019, p.1).

Os objetivos específicos são: explicar a importância de iniciar o processo de planejamento estratégico em uma policlínica por meio de um diagnóstico situacional; apresentar as contribuições de estratégias e ferramentas de planejamento estratégico para melhor tomada de decisão de ações; e descrever os limites e potencialidades da gestão.

O estudo justifica-se porque o uso de estratégias de planejamento estratégico colabora com uma gestão eficiente e "possibilita ao executivo estabelecer um rumo a ser seguido pela empresa" (Oliveira, 2001, p.46). Além disso, as diversas alterações do mundo moderno e acontecimentos significativos nos processos gerenciais e organizacionais, bem como, a procura para oferecer um serviço de saúde de qualidade, desperta uma necessidade de um planejamento estratégico na gerência das unidades de saúde buscando eficiência, eficácia, efetividade e transparência. A utilização de técnicas, ferramentas e metodologias do setor privado, traz ao setor público ultimamente um melhor desempenho (Paulo, 2016).

Para tanto, além desta introdução esta pesquisa teve uma seção sobre o tema das policlínicas no contexto do SUS, buscando o conhecimento dessa realidade a nível do Brasil. Verificou-se que ainda existe pouco material publicado na área de gestão pública, entretanto, podemos ter acesso a algumas experiências exitosas no planejamento estratégico em unidades de saúde.

2. MÉTODO

A revisão integrativa é um método no qual se é feito um levantamento dos conhecimentos científicos e a aplicabilidade dos resultados de forma prática, permitindo uma análise mais ampla do aspecto estudado, como: definição de conceitos, revisão de teorias e evidências (Sousa *et al.,* 2010). Foi elaborada considerando as etapas: 1) Identificação do tema e seleção da questão de pesquisa; 2) Estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão; 3) Identificação dos estudos pré-selecionados e selecionados; 4) Categorização dos estudos selecionados; 5) Análise e interpretação dos resultados; 6) Apresentação da revisão/ síntese do conhecimento.

Na construção da pergunta norteadora, foi utilizado a estratégia PICO, onde o P(população), I (intervenção), C (comparação) e o O (outcomes ou resultados). Na formação da pergunta de pesquisa obteve-se a seguinte questão: Quais as evidências do Planejamento Estratégico como ferramenta de gestão em uma Policlínica pertencente ao Sistema Único de Saúde (SUS)? (Quadro 1).

Quadro 1 - Estratégia PICO.

P: POPULAÇÃO	Gestão em Saúde
I: INTERVENÇÃO	Planejamento Estratégico
C: COMPARAÇÃO	-
O: OUTCOMES	Relevância no Sistema Único de Saúde (SUS)

Fonte: Elaboração própria.

Salientamos ainda que não foram encontrados descritores específicos para gestão em Policlínicas, inclusive na utilização da expressão como palavra-chave, por esse motivo não foi incluído na equação de busca.

As Bases de consultas utilizadas foram: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs), Pubmed, Scientific Electronic Library Online (Scielo) e Web of science, com a utilização dos seguintes descritores Desc Mesh: " Gestão em saúde " , "Planejamento Estratégico" e "Sistema Único de Saúde"(Quadro 2).

Quadro 2 - Quadro de bases e equações de busca.

Base de dados	Equação de busca	Nº de estudos
LILACS	("Health Management") AND ("Strategic Planning") AND ("Unified Health System")	17
PUBMED	("Health Management") AND ("Strategic Planning") AND ("Brazil")	2
SCIELO	("Health Management") AND ("Strategic Planning") AND ("Unified Health System")	2
	("Gestão em saúde") AND ("Planejamento Estratégico") AND ("Sistema Ùnico de Saúde")	3
WEB OF SCIENCE	("Health Management") AND ("Strategic Planning") AND ("Unified Health System")	33

Fonte: Elaboração própria.

Os critérios de Inclusão foram baseados em delimitação de tempo e pertencentes aos idiomas no Inglês, Português e Espanhol. Os Critérios de Exclusão foram os estudos que não estavam dentro do tema proposto e de acordo com o objetivo do estudo da revisão, bem como os trabalhos que não estivessem em domínio público. Para uma melhor qualificação não foram incluídos teses, dissertações, trabalhos de Conclusão de Curso e Monografias.

Nos resultados das plataformas de busca verificamos os achados descritos posteriormente. Na pesquisa LILACS foram encontrados 17 estudos com a seguinte equação de busca: ("Health Management") AND ("Strategic Planning") AND ("Unified Health System") e foram triados 5 estudos que estariam dentro dos critérios de inclusão e exclusão. Na PUBMED utilizou-se a equação de busca: ("Health Management") AND ("Strategic Planning") AND ("Brazil") dos dois estudos encontrados, mas se adequavam ao critério de exclusão. Na SCIELO foram utilIzadas duas buscas: ("Health Management") AND ("Strategic Planning") AND ("Unified Health System") encontrando 2 estudos sendo triado 1 e na outra busca com a seguinte equação: ("Gestão em saúde ") AND ("Planejamento Estratégico") AND ("Sistema Ùnico de Saúde") foram encontrados: 3 estudos e triados 2. Na WEB OF SCIENCE com a equação ("Health Management") AND ("Strategic Planning") AND ("Unified Health System") achados 33 estudos e foram inclusos na pesquisa 4 estudos.

3. RESULTADOS

3.1. As policlínicas no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS)

A criação do SUS, no início da década de 90, no Brasil, trouxe novos e inúmeros desafios à gestão e gerência em saúde coletiva. Com a descentralização político-administrativa e a universalização do acesso aos serviços de saúde, os gestores municipais e gerentes de unidades de saúde assumiram um papel fundamental no planejamento e na execução dos serviços (Kleba *et al.*, 2010). Apesar de todas as dificuldades para implementação do SUS, com sucessos e retrocessos de programas de saúde e na organização do sistema, foi o SUS que garantiu uma expansão do acesso aos serviços, melhora dos resultados e maior equidade em saúde no Brasil (Castro *et al.*, 2019).

Na área da saúde podem ser formalizados Consórcios para assistência de saúde de média e alta complexidade, execução de projetos e programas de saúde, aquisição de medicamentos, materiais e equipamentos hospitalares, coleta de resíduos em serviços de saúde, manutenção preventiva de equipamentos, realização de exames laboratoriais, de diagnóstico por imagem, educação permanente, entre outros (Manual de Orientação - Consórcios Públicos em Saúde no Ceará, 2010).

A formação de Consórcio Público de Saúde da Microrregião de Crateús (CPSMCR) com a união entre dois entes federativos (Estado e os Municípios) permite aos onze municípios consorciados, uma parceria para a realização de consultas e exames especializados de acordo com a necessidade da região, previsto no contrato de programa previamente elaborado e aprovado, distribuindo os serviços em duas unidades: uma Policlínica tipo II e um Centro de Especialidades Odontológicas(Manual de Orientação - Consórcios Públicos em Saúde no Ceará, 2010).

Segundo Matus (1987), a ênfase em um planejamento estratégico é colocada no momento da ação, usando o futuro para racionalizar a ação, sendo este o cálculo que antecede e direciona a tomada de decisão.

Introduz a noção de que o planejamento está voltado para o presente, já que a única forma de construir o futuro é atuar, e só é possível agir no presente. Toda ação concreta se faz no presente, para impactar o futuro desejado. Assim, a decisão sobre o que fazer hoje será eficaz ou não para a construção do futuro desejado (Azevedo, 1992).

Dentro desse contexto, é importante que os gestores das unidades conheçam seus pontos fortes e fracos, bem como as suas potencialidades e seus desafios dentro da organização, assim estas informações podem auxiliar nos planejamentos estratégicos.

4. RESULTADOS DAS BUSCAS CIENTÍFICAS

Após as buscas foram incluídos 12 artigos científicos que se encontravam dentro dos critérios de inclusão e de exclusão, nos quais foram descritos no quadro de achados científicos de busca visualizado no quadro 3. Continuar a busca por aplicação de Planejamento Estratégico Situacional em policlínicas para estudos futuros, buscando a construção de uma ferramenta específica para esses tipos de unidades de saúde.

Quadro 3 - Quadro dos achados científicos na busca.

Autor/Ano	Título	Objetivo	Conclusão	Tipo de estudo
FUGINAMI, et al./2020	Análise dos instrumentos de gestão elaborados pelas Secretarias Municipais de Saúde de Santa Catarina no período de 2014 a 2017.	Análise de instrumentos de gestão dos municípios Catarinenses.	Identificação de falhas de gestão, inclusive na construção de instrumentos e fragilidades de planejamento dos municípios estudados.	Exploratória de caráter quantitativo, realizada por meio de análise documental.
PAULO, L. F. A../2016	Planejamento estratégico e gestão por resultados: o caso do Ministério da Saúde. Physis: Revista de Saúde Coletiva,	Avaliar em que medida o planejamento estratégico do Ministério da Saúde é aderente a uma estratégia de gestão por resultados, com foco especialmente nas escolhas estratégicas que orientam a organização, ou seja, nos resultados perseguidos.	O planejamento estratégico do ministério da Saúde é pouco aderente a uma estratégia de gestão por resultados, devido a uma escolha equivocada dos objetivos da esfera federal, onde os mesmos ultrapassam a sua competência de atuação.	Estudo qualitativo
Ministério da saúde /2015	Planejamento estratégico e gestão por resultados: o caso do Ministério da Saúde. Physis: Revista de Saúde Coletiva,	Analisar os resultados de um planejamento estratégico dentro nas ações do Ministério de Saúde	Algumas metas do Ministério da Saúde ultrapassam a esfeera federal, comprometendo sua eficiência.	Estudo qualitativo

Autor/Ano	Título	Objetivo	Conclusão	Tipo de estudo
SANTANA, R. S. et al../2014	A institucionalização da seleção de medicamentos em hospitais públicos por meio do planejamento estratégico situacional.	Este trabalho teve como objetivo utilizar uma ferramenta de gestão, proposta pelo economista Carlos Matus, para a superação das dificuldades de implantação de Comissões de Farmácia e Terapêutica nos serviços hospitalares do estado de Sergipe.	Experiência exitosa com o planejamento estratégico com ferramenta de gestão na organização dos medicamentos no estado de Sergipe.	Estudo de caso
Cunha, I. S,; RIVIERA, F. J. U./2009	Educação Permanente em Saúde e Planejamento Estratégico Situacional: o caso da Secretaria Estadual de Saúde do Piauí.	Analisar a gestão e seus processos na vigilância em Saúde com a utilização do Planejamento Estratégico.	Com a aplicação do planejamento estratégico situacional demonstrou-se a necessidade de educação permanente e de uma enfatização das medidas de integralidade à saúde.	Estudo de qualitativo
VENDRUSCOLO, C. et al./2010	Planejamento situacional na Estratégia Saúde da Família: atividade de integração ensino-serviço na enfermagem.	Relata a experiência de alunos do oitavo semestre de enfermagem da Unochapecó, com relação ao Planejamento estratégico no SUS, vivenciando cada etapa da referida ferramenta de gestão.	A intervenção dos acadêmicos foi validada, vista que houve melhorias na interdisciplinaridade, trabalho em estratégia de gestão, resolubilidade na atenção básica.	Relato de Experiência
NICOLAU, K.; FARIA, B.; PALOS, C../2021.	A atenção básica na perspectiva de gestores públicos do sistema único de saúde:	Analisar a atuação dos gestores no âmbito da atenção básica, verificando a dificuldade dos mesmos realizarem os planejamentos de suas ações.	Demonstrou a perspectivas dos gestores da saúde na atenção básica com relação a suas atuações e suas dificuldades com relação ao planejamento organizacional.	Estudo qualitativo descritivo exploratório
KLEBA, M. E.; KRAUSER, I. M.; VENDRUSCOLO, C./2011	O planejamento estratégico situacional no ensino da gestão em saúde da família.	Aplicação de um planejamento estratégico situacional como ferramenta de gestão na saúde coletiva.	A vivência da aplicação do PES contribuiu com a comunicação, liderança, tomada de decisões e administração e gerenciamento para os atores do artigo.	Relato de experiência

Autor/Ano	Título	Objetivo	Conclusão	Tipo de estudo
MELO, G. A. et al/2017	O processo de regionalização do SUS: revisão sistemática.	Analisar o histórico da descentralização do SUS, bem como os desafios de um planejamento que ainda são pertinentes ao momento atual.	A governança regional ainda possui uma fragmentação do sistema e uma deficiência com planejamento de estratégias de gestão.	Revisão Sistemática
DE JESUS, W. L. A.TEIXEIRA. C.F./2014	Planejamento governamental em saúde no estado da Bahia, Brasil: atores políticos, jogo social e aprendizado institucional.	Realizado um estudo de caso na Bahia, onde foram feitas análises de documentos, observações e registros dos atores no processo de um planejamento.	Processo de gestão pública requer um planejamento e apresenta uma série de dificuldades aprofundadas no artigo.	Estudo de caso
SELLERA, P. E. G. et al./2019	A Implantação do Sistema de Monitoramento e Avaliação da Secretaria Estadual de Saúde do Distrito Federal (SES/DF)	Planejamento estratégico como ferramenta de gestão do SUS, dentro da secretaria estadual de Saúde do Distrito federal. Para subsidiar políticas públicas de saúde e tomada de decisões.	Impacto de um planejamento dentro do SUS, para monitorar e avaliar situações e fortalecer políticas públicas em saúde, qualificando melhor o serviço ofertado dentro do Distrito Federal.	Estudo de caso
BOBE/2017	Public-sector reforms and balanced scorecard adoption: an Ethiopian case study	Implementação de um Balanced Scorecard em um estudo de caso na Etiópia, em um cenário de serviço público nesse país africano. Visando planejamento e monitoramento, para a melhoria dos setores.	Reestruturação do Balanced Scorecard, para um melhor alinhamento estratégico por meio de um planejamento e monitoramento de desempenho.	Estudo de caso

Fonte: Elaboração própria.

A partir das conclusões dos artigos selecionados conforme quadro 3 foram expostos e analisados na seção seguinte de discussão.

5. DISCUSSÃO

Vendruscolo *et al.* (2010) apresentou uma experiência de "planejamento estratégico situacional - PES, vivenciada no curso de enfermagem da Unochapecó" no qual a aplicação de ferramenta de planejamento estratégico promoveu uma condição de diálogo entre os atores, o que proporcionou um movimento de escuta sem preconceitos e criou um ambiente de melhores condições laborais e tendo por principal foco oferecer suporte ao SUS. Nesse sentido, esse

estudo mostra a importância da estratégia de gestão para a melhoria da comunicação entre os atores institucionais.

Santana *et al.* (2014) demonstrou que o Planejamento estratégico como ferramenta de gestão em 12 hospitais públicos do estado de Sergipe, onde mostrou-se eficaz para identificação de problemas, contribuindo para o planejamento e previsão de dificuldades, implementando estratégias para a seleção de medicamentos essenciais. Demonstrou, assim, a eficiência e eficácia do Planejamento para a melhoria dos serviços de medicamentos ofertados pela Instituição.

Em um estudo realizado em 288 municípios de Santa Catarina de 2014 à 2017, pesquisa exploratória de caráter quantitativo com análise documental, onde houve a construção de um instrumento de gestão a nível estadual, verificando a necessidade de um planejamento para o desenvolvimento das ações em saúde (Fuginami *et al.,* 2020), mostrando, assim, a necessidade de uma pesquisa documental para a elaboração de ferramentas de gestão estratégica.

Para Nicolau e colaboradores (2019) em um estudo realizado no último trimestre de 2019, onde 10 gestores do Sistema Único de Saúde de um município do Estado de Mato Grosso, foram entrevistados e após análise demonstrou um insistente "apagar incêndio", fortalecendo a necessidade de ferramenta de gestão mais adequada a realidade enfrentada pelos gestores, e continuidade de planejamento e resultados. No âmbito da saúde coletiva, o planejamento estratégico em saúde, fundamenta o direito dos usuários e implementa as políticas públicas para as ações desenvolvidas em unidades de saúde do SUS.

Sellera *et al.* (2019) mostrou uma experiência na Secretaria de Saúde Estadual do Distrito Federal, tendo como um dos aspectos principais o planejamento, que exige um conhecimento técnico podendo ser expressados em instrumentos e ferramentas desenvolvidas em ambiente laboral e integradas assim as ações e utilizando ferramentas de tecnologia da informação, contribuindo para o controle, avaliação situacional e o planejamento estratégico da instituição de saúde, destacando o monitoramento da Sala de Situação em saúde como participante de um planejamento estratégico que visa o aprimoramento da gestão e qualidade do serviço.

Kleba *et al.* (2011) demonstrou em seu estudo realizado na rede de atenção básica em Chapecó que exercícios de PES contribui para formação de habilidades de decidir, sistematizar e avaliar processos baseando-se em evidências fortalecendo a liderança organizacional maior eficácia e efetividade no gerenciamento. Reforça também a importância dos atores em todas as suas etapas.

Importante destacar também as conclusões de Paulo (2016) ao apresentar as fragilidades do planejamento estratégico do Ministério da Saúde na gestão por resultados, especialmente nos objetivos das escolhas de estratégias de gestão do SUS. Relata que este ultrapassa a esfera do Governo Federal, ocupando um papel de menor relevância no patamar de gerenciamento das ações envolvidas na gestão.

Para Bobe *et al.* (2017) o planejamento estratégico e o monitoramento em uma organização em saúde no setor público otimizam a gestão, onde os autores relatam também a experiência da aplicação do Balanced Scorecard em um país africano, dentro do serviço público com resultados positivos, no alinhamento estratégico e melhoria do desempenho organizacional. Sem esquecer da proposta de educação permanente no SUS, evidenciada para a implementação do planejamento da gestão em saúde (Cunha *et al.*, 2009).

No processo de regionalização do SUS foi realizado um Planejamento Estratégico em que foram identificadas as seguintes fragilidades nas redes municipais, estaduais e federais de saúde: a implementação baseada em negociação ao invés de planejamento, grande responsabilidade dos municípios com baixa capacidade técnica, falhas no planejamento e na coordenação das competências envolvidas e falta de clareza nas regras de implantação (VARGAS *apud* MELO, 2017).

Mesmo com os avanços obtidos com o SUS, existem "lacunas" no processo de formulação de políticas públicas e na inovação tecnológica para o planejamento em gestão, evidenciadas por práticas não sistematizadas e não bem planejadas ficando a tomada de decisão dos gestores comprometidas, com uma baixa governabilidade do sistema e fragilidade social (Jesus *et al.*, 2014).

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo respondeu sobre as evidências do Planejamento Estratégico como ferramenta de gestão em uma Policlínica pertencente ao Sistema Único de Saúde (SUS) mostrando que a análise do ambiente situacional de uma unidade juntamente com estratégias de gestão, contribuem para um monitoramento e tomada de decisões mais eficazes. Melhorando os resultados e criando um ambiente saudável. A inovação tecnológica precisa ser nossa realidade também no SUS, dentro dessa revisão podemos perceber que os métodos de controle e avaliação no SUS, precisam se modernizar e adequar melhor a sua realidade e com isso melhorar a qualidade do serviço principalmente na área de planejamento.

O desafio de transformar a realidade de uma instituição é inspirador, visto que alguns dos artigos descritos nessa revisão, podemos ver uma melhoria na qualidade dos serviços com

a aplicação de ferramentas de gestão, mudando a realidade institucional. Concluindo-se que o Planejamento Estratégico contribui para essa construção de forma primordial para a melhoria dos serviços dos SUS.

REFERÊNCIAS

BOBE, B.J., MIHRET, D.G.; OBO, D.D. Public-sector reforms and balanced scorecard adoption: an Ethiopian case study. **Account Aud Accountab J**, v.30, n. 6, p. 1230-1256, 2017.

BRASIL. Lei nº 8080, 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.

FUGINAMI, C. N.; COLUSSI, C. F.; ORTIGA, A. M. B. Análise dos instrumentos de gestão elaborados pelas Secretarias Municipais de Saúde de Santa Catarina no período de 2014 a 2017. **Saúde em Debate**, v. 44, n. 126, p. 857–870, 2020.

JESUS, W. L. A. de; TEIXEIRA, C. F. Planejamento governamental em saúde no estado da Bahia, Brasil: atores políticos, jogo social e aprendizado institucional. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 19, n. 9, 2014.

KLEBA, M. E.; KRAUSER, I. M.; VENDRUSCOLO, C. O planejamento estratégico situacional no ensino da gestão em saúde da família. **Texto Contexto Enferm.**, v. 20, n.1, p. 184–193, 2011.

MELLO, G. A. *et al.* O processo de regionalização do SUS: revisão sistemática. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 22, n. 4, p. 1291–1310, 2017.

NICOLAU, K.; FARIA, B.; PALOS, C. A atenção básica na perspectiva de gestores públicos do sistema único de saúde: estudo qualitativo. **Saúde Soc.**, v. 30, n. 4, p. e210085, 2021.

PAULO, L. F. A. Planejamento estratégico e gestão por resultados: o caso do Ministério da Saúde. **Physis: Revista Saúde Coletiva**, v. 26, n. 3, p. 981–1007, 2016.

SANTANA, R. S. *et al.* A institucionalização da seleção de medicamentos em hospitais públicos por meio do planejamento estratégico situacional. **Rev Administração Pública**, v. 48, n. 6, p. 1587–1603, 2014.

QUEIROZ, R.S.; VALENTE, G. S. C. Diagnóstico situacional em unidade básica de saúde: contribuições para o campo da saúde coletiva: Contribuições para o campo da saúde coletiva. **Rev Enfermagem Atual In Derme**, *[S. l.]*, v. 88, n. 26, 2019.

SELLERA, P. E. G. *et al.* A Implantação do Sistema de Monitoramento e Avaliação da Secretaria Estadual de Saúde do Distrito Federal (SES/DF). Ciência & Saúde Coletiva, v. 24, n. 6, p. 2085–2094, 2019.

VENDRUSCOLO, C. *et al.* Planejamento situacional na Estratégia Saúde da Família: atividade de integração ensino-serviço na enfermagem. **Rev. Gaúcha Enferm.**, v. 31, n. 1, 2010.

CAPÍTULO 6

A ORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE REGULAÇÃO EM SAÚDE NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

DOI: 10.51859/amplla.gsi925.1125-6

Maria Luciana de Almeida Lima
Ana Paula Cavalcante Ramalho Brilhante
Willan Nogueira Lima
Mirlene Souza Santos Soares
Virna Ribeiro Feitosa Cestari

1. INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde do Brasil (SUS) tem como princípios fundamentais a universalidade, a igualdade e a integridade, amparados pela Lei nº. 8.080 e com base em uma constituição em que a saúde é um direito de todos e um dever do Estado. Descentralização e priorização do acesso organizacional aos serviços e operações públicas de saúde e promoção da regionalização efetiva (Faria, 2020).

Os serviços de saúde do território devem ser assertivos e respeitosos com os determinantes sociais de cada microterritório, tendo a atenção básica (AB) como organizadora do cuidado, apoiando as equipes intersetoriais de saúde da família (eSF) e nos diferentes níveis de cuidados a saúde (média e alta complexidade). Portanto, todo o projeto regional do SUS está pautado na criação de uma base que sirva de porta de entrada do sistema e de um único domínio (Faria, 2020).

A regionalização é uma estratégia de organização e integração dos serviços públicos de saúde. Visa garantir a integridade e a universalidade do acesso, permitir a aplicação dos princípios do SUS, aumentar sua visibilidade e garantir os direitos consagrados na Constituição Federal de 1988. A regionalização da saúde, conhecida como "rede Inter federativa de serviços", caracteriza-se pela integralidade entre os setores, bem como a oferta de serviços aos usuários de saúde em todos os níveis. A atenção à saúde adequada é impossível sem a regionalização, pois os municípios não conseguem sustentar e ofertar todos os serviços e ações em saúde por conta própria (Goya *et al.*, 2016).

A regionalização no Ceará, foi coordenada pela Secretaria de Saúde do Estado (SESA) e teve como um de seus documentos norteadores as “Diretrizes de reorganização da atenção e dos serviços do Sistema Único de Saúde do Ceará”, sendo aprovado pelo Conselho Estadual de

Saúde. Esse processo levou a construção e institucionalização do sistema regional, mantendo influência política e técnica até os dias de hoje. O desenho da regionalização constitui a Atenção Primária em Saúde como responsabilidade através das equipes de saúde da família, a Atenção Secundária, por meio dos hospitais estratégicos, hospitais polos, ceo, policlínicas, como responsabilidade na região de saúde e a Atenção Terciária ofertada pela macrorregião (Goya *et al.*, 2016).

Ao longo de sua história, o estado do Ceará vem apresentando mudanças em relação a regionalização e com isso, a Lei Nº17.006, 30 de setembro de 2019 foi responsável por integrar ao Sistema Único de Saúde (SUS) as ações e serviços públicos de saúde do Estado e dos 184 municípios, que passaram a ser divididos em regiões de saúde. São 5 macrorregiões de saúde, denominadas superintendências e o que eram antes as microrregiões, se tornaram Área Descentralizada de Saúde (ADS), que fazem parte da programação da Plataforma de Modernização da Saúde.

A instituição formal da Política Nacional da Regulação do Sistema Único de Saúde dá-se pela Portaria MS/GM n° 1.559, de 1º de agosto de 2008, que toma regulação como conjunto de ações que facilitam ou limitam a produção de bens e serviços no setor saúde, por meio da regulamentação, controle, fiscalização, monitoramento, auditoria e avaliação (Conceição, 2021).

Deste modo, este estudo tem como objetivo descrever através da literatura científica como está organizado a regulação em saúde com ênfase na Atenção Primária em Saúde no Sistema Único de Saúde.

2. MÉTODO

Trata-se de uma revisão integrativa. Esse tipo de pesquisa permite a análise de pesquisas, como a integração de estudos empíricos e não experimentais com base em pesquisas anteriores, para obter uma compreensão profunda e abrangente do tema em análise (Mendes; Silveira; Galvão, 2008).

A revisão seguiu rigorosamente as seis etapas sugeridas por Mendes, Silveira e Galvão (2008): identificação dos temas e seleção das hipóteses ou questões de pesquisa; estabelecer critérios para inclusão e exclusão de estudos; definir as informações a serem removidas dos artigos selecionados; classificação e avaliação; interpretação dos resultados e apresentação para revisão e síntese do conhecimento.

Utilizou-se a estratégia PICo para formulação da pergunta, sendo “P” (Population/Patient/Problem), “I” o fenômeno de interesse (Interest) e “Co” o contexto

(Context). Ajustando-se o objeto de estudo à estratégia P: atenção primária à saúde I: organização da Regulação em Saúde; Co: Sistema Único de Saúde, tem-se como questão norteadora: Como está organizada a Regulação em Saúde com ênfase na Atenção Primária à Saúde no Sistema Único de Saúde?

As pesquisas iniciais foram realizadas no mês de abril de 2023 e a síntese finalizada no início do mês de maio de 2023. As bases de dados utilizadas foram: Web of Science; MEDLINE via BVS, LILACS via BVS e Pubmed onde foram usados na pesquisa os descritores do DeCS/MeSH: "Atenção Primária à Saúde"; *"Primary Health Care"*; "Sistema Único de Saúde"; *"Unified Health System"* e palavra-chave: "regulação em saúde". Foram utilizados os operadores booleanos AND e OR para melhor ênfase nas equações de pesquisa.

Dois revisores participaram independentemente das buscas iniciais e seleções dos estudos, não havendo necessidade de um terceiro revisor. As equações de busca estão descritas no Quadro 1.

Quadro1 - Estratégias de busca para a Revisão Integrativa.

Base/banco de dados	**Equação de busca**	**Número de estudos**
LILACS via BVS	("regulação em saúde") AND ("atenção primária à saúde") OR ("sistema único de saúde")	46
PUBMED	*"health regulation" AND "primary health care OR "Unified Health System"*	985
MEDLINE via BVS	("regulação em saúde") AND ("atenção primária à saúde") OR ("sistema único de saúde")	03
Web of Science	*"health regulation" AND "primary health care OR "Unified Health System"*	534
TOTAL		1568

Fonte: Elaboração própria.

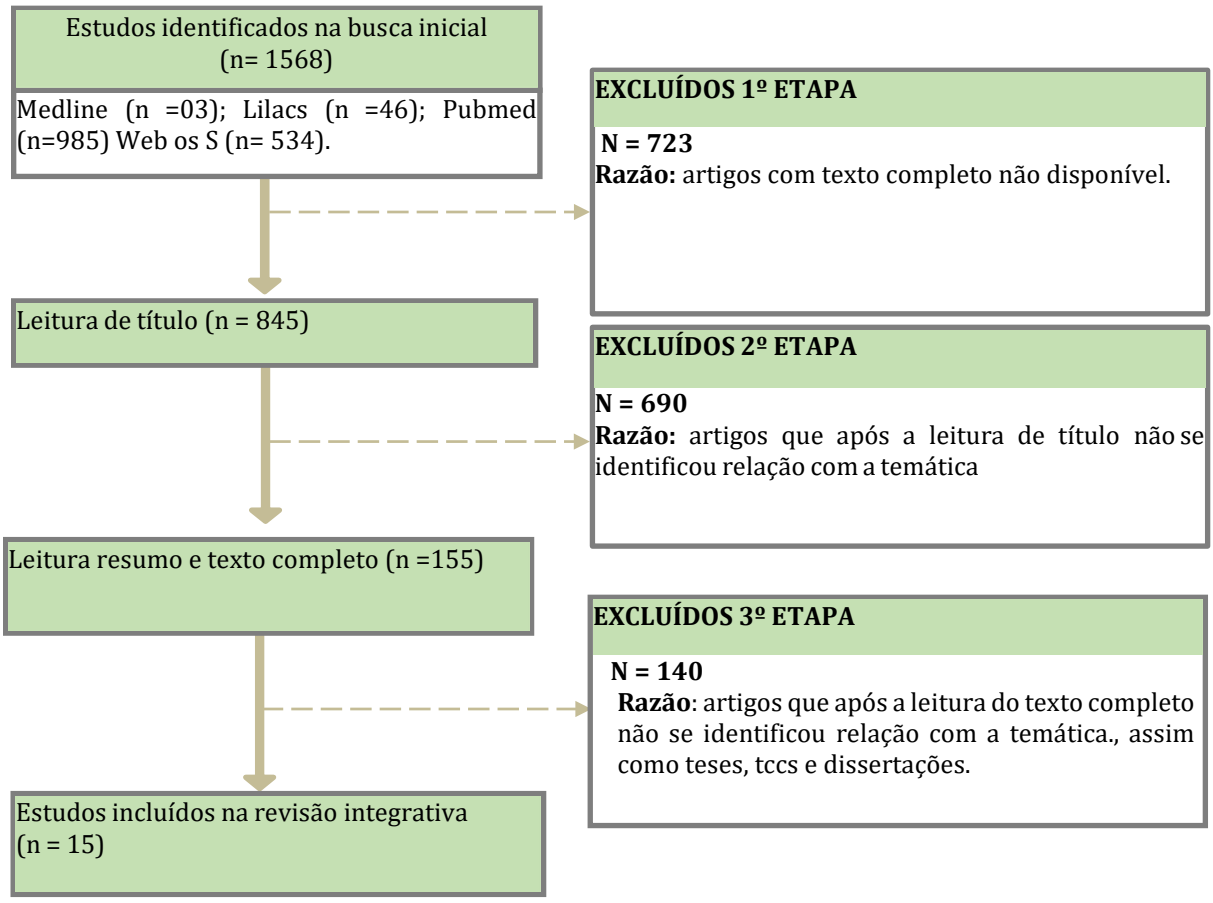
Para seleção de artigos foram utilizados os seguintes critérios de inclusão: trabalhos que estivessem nos idiomas em inglês, português e espanhol, que fossem publicados na íntegra e textos disponíveis. Os critérios de exclusão foram: trabalhos que não estivessem no tema e objetivo de estudo, estudos de trabalho de conclusão de curso, teses, dissertações e trabalhos em anais de eventos. Não foi utilizado tempo de publicação como parâmetro de seleção.

Para a análise dos estudos incluídos utilizou-se a análise categorial temática (Bardin, 2016) para organizar e interpretar o conteúdo das falas dos sujeitos e textos com as seguintes fases para a sua condução: a) organização da análise; b) codificação; c) categorização; d) tratamento dos resultados, inferência e a interpretação dos resultados.

3. RESULTADOS

A pesquisa realizada na base de dados obteve os seguintes resultados: foram encontrados 1568 estudos iniciais. Aplicando os critérios de inclusão 723 foram excluídos pois não estavam disponíveis e não estavam com o texto completo, restando 845 para leitura do título. Posteriormente à leitura do título, foram excluídos 690 artigos, pois o mesmo não apresentava o tema proposto, restando assim 155 artigos, onde foram lidos os resumos. Após a leitura do resumo, foram excluídos 120 estudos, pois não atendiam ao objetivo proposto, restando 35 artigos para leitura do texto completo, excluindo 20 artigos. Assim, 15 artigos foram incluídos na presente Revisão Integrativa. O processo de escolha de artigos está descrito na (Figura 1).

Figura 1 - Processo de seleção dos estudos na Revisão Integrativa



Para dar continuidade na organização dos resultados, foi desenvolvido um quadro sinóptico com as seguintes características: autores/ ano de publicação; título; base de dados; objetivo; tipo de estudo e principais resultados (Quadro 2).

Quadro 2 - Quadro sinóptico com as principais características dos artigos incluídos na Revisão Integrativa com as características: autores/ ano de publicação; base de dados; objetivo; tipo de estudo e principais resultados.

Nº	Autor/ano	Base de dados	Objetivo	Tipo de estudo	Resultados
1	SILVA JUNIOR et al., 2022	LILACS	O artigo teve por objetivo caracterizar o processo de regulação assistencial realizado nas unidades de Atenção Primária à Saúde do município do Rio de Janeiro.	Estudo observacional / Estudo de prevalência / Fatores de risco.	No sistema de regulação, os mecanismos e horários de disponibilização de vagas produzem competição entre os reguladores das unidades, com sobrecarga de trabalho e iniquidades de acesso associadas. Observou-se importante envolvimento dos reguladores locais em atividades de avaliação e gestão de filas de espera. A maioria informou haver pouca ou nenhuma interação com a atenção especializada. Apesar do processo de regulação descentralizada ainda apresentar importantes limites, o estudo aponta a factibilidade e contribuição da entrada mais intensa da Atenção Primária na regulação do acesso.

Nº	Autor/ano	Base de dados	Objetivo	Tipo de estudo	Resultados
2	FREIRE et al., 2020	LILACS	Analisar as implicações da regulação em saúde na produção do cuidado no município de São Bernardo do Campo, utilizando-se as técnicas observação participante, grupo focal e usuário-guia, construídas a partir de um processo cartográfico.	Guia de prática clínica / Pesquisa qualitativa.	Os arranjos tecnológicos relacionados ao matriciamento da pneumologia e à linha de cuidado da dor osteomuscular permitiram a análise da relação entre as ações de regulação e a produção do cuidado em redes. O estudo concluiu que as ações de regulação foram capazes de produzir cuidado centrado no usuário, que o Complexo Regulador atuou de forma coadjuvante na garantia do acesso e que os mecanismos regulatórios nos serviços de saúde potencializaram uma regulação produtora do cuidado em redes de atenção.

Nº	Autor/ano	Base de dados	Objetivo	Tipo de estudo	Resultados
3	BATISTA et al., 2019	LILACS	O objetivo deste artigo é apresentar a implantação do processo de regulação em saúde desenvolvido na SESDF, bem como caracterizá-lo após a instituição do CRDF e refletir sobre futuros desafios e perspectivas, partindo do pressuposto da regulação do acesso em saúde como um dispositivo fundamental para o cuidado.	Estudo metodológico/tecnológico.	Foi estruturado o Complexo Regulador em Saúde do Distrito Federal (CRDF) e suas Centrais de Regulação (CR), orientados para a execução de um processo regulatório de acesso para os serviços de internação hospitalar, ambulatorial (procedimentos e consultas especializadas), cirurgias eletivas, alta complexidade, transporte sanitário, urgências e transplantes de pacientes do Distrito Federal e de fora dele. Este artigo descreve o processo de implantação e de implementação do CRDF e de suas CR, de forma a refletir sobre as potencialidades e desafios de seu papel enquanto instrumento de integração entre os níveis assistenciais de saúde.

Nº	Autor/ano	Base de dados	Objetivo	Tipo de estudo	Resultados
4	CAVALCANTI; CRUZ; PADILHA, 2018	LILACS	Descrever os principais desafios enfrentados pela regulação assistencial.	Guia de prática clínica / Revisão sistemática	Foram categorizados os seguintes desafios 1. limitada oferta de consultas e exames na rede assistencial. 2. precariedade da referência e contrarreferência. 3. dificuldades na organização das atividades de regulação. 4. baixa utilização / inexistência de protocolos para encaminhamentos. 5. precariedade de sistemas de informação e comunicação. 6. significativa influência política na gestão das unidades de saúde. 7. desorganização da rede de serviços.
5	GAMARRA, 2018	LILACS	Este estudo de revisão bibliográfica possui como objetivo principal analisar a produção acadêmica sobre a regulação em saúde e como objetivos específicos identificar os temas existentes na produção acadêmica sobre o assunto e discutir as possíveis semelhanças e diferenças de compreensão presentes nos estudos que serão examinados.	Estudo de avaliação / Estudo prognóstico / Pesquisa qualitativa	A complexidade da regulação em saúde foi ressaltada pela maioria das teses e houve o reconhecimento que em função de tal complexidade faz necessário a ponderação de fatores econômicos e sociais para uma ação regulatória apropriada e efetiva. Questões relacionadas ao poder foram foco de diversos estudos examinados, quer seja pelo destaque ao poder do Estado para realizar ações regulatórias como pela análise da regulação como espaço de disputa de poder pelos diversos grupos de interesse relacionados à saúde.

Nº	Autor/ano	Base de dados	Objetivo	Tipo de estudo	Resultados
6	PEITER; DE MELO; DE OLIVEIRA, 2017	LILACS	Este artigo tem por objetivo apresentar a interface entre a Regulação em Saúde e o princípio da equidade segundo a literatura científica da área de saúde, de 2008 a 2015.	Revisão sistemática	A Regulação em Saúde é compreendida como importante ferramenta para promoção da equidade. Os serviços de saúde devem priorizar o atendimento de usuários com maiores riscos, permitindo que todos tenham adequados níveis de saúde, a partir de ofertas de serviços distintos, segundo as necessidades individuais. Temas como equidade, acesso e financiamento foram pontos fortes considerados nos processos de reforma dos sistemas de saúde 5(AU).
7	FERREIRA et al., 2016	LILACS	Identificar a visão de equipes da Estratégia Saúde da Família acerca do processo de regulação em saúde e caracterizar seus instrumentos quanto ao conteúdo informacional e sua utilização pela equipe.	Guia de prática clínica / Estudo prognóstico / Pesquisa qualitativa	Os profissionais da saúde da família relataram incertezas sobre a proposta conceitual e operativa do sistema de regulação em saúde. Apenas 50% dos participantes conheciam todos os serviços especializados de referência da rede de saúde. Cerca de 70% informaram a existência de protocolos na rede e/ou nas unidades de saúde. Houve prejuízo na completude e na legibilidade de informações das guias de referência.

Nº	Autor/ano	Base de dados	Objetivo	Tipo de estudo	Resultados
8	LIMA et al., 2013	LILACS	Estudo descritivo e qualitativo, que objetivou verificar o conhecimento dos enfermeiros, médicos e dentistas da estratégia saúde da família do município de Bela Cruz-CE/Brasil sobre regulação em saúde.	Pesquisa qualitativa	Os resultados mostram que os participantes possuem conhecimento sobre o fluxo de encaminhamento de pacientes referenciados pela atenção primária para atendimento especializado, os mecanismos utilizados para este fim, assim como o sistema de referência e contrarreferência; relataram dificuldades no retorno do paciente com a devida contrarreferência preenchida, interferindo na continuidade da assistência. Para esses profissionais, a regulação é importante instrumento de gestão para o Sistema Único de Saúde, proporcionando garantia do direito à saúde.

Nº	Autor/ano	Base de dados	Objetivo	Tipo de estudo	Resultados
9	SHIMIZU et al., 2020	Web of Science	Este estudo teve como objetivo analisar as percepções dos gestores de saúde sobre o processo de regionalização do sistema público de saúde brasileiro.	Estudo com abordagem qualitativa	A análise obteve duas categorias que foram subdivididas em duas categorias. A primeira categoria foi nomeada: Desafios da atenção, e está subdividida nas classes: atenção e regulação. A segunda categoria foi: Regionalização em saúde, sendo subdividida em: desafios e avanços no processo de regionalização e organização e o papel dos Colégios Interinstitucionais Regionais. Há avanços, principalmente possibilitados pelo compartilhamento de decisões em comissões intergovernamentais, mas há dificuldades para garantir a universalidade e integralidade do acesso, principalmente por falta de recursos humanos.

Nº	Autor/ano	Base de dados	Objetivo	Tipo de estudo	Resultados
10	BAHIA, 2018	Web os Science	Descrever o processo de construção e mudanças dos SUS durante 30 anos.	Revisão de literatura	Considerando o acervo de conhecimentos sobre avanços e impasses do Sistema Único de Saúde (SUS), detalha-se, com base nas diferenças entre políticas voltadas à democratização e processos democratizantes, mudanças nos componentes público, filantrópico e privado que integram redes assistenciais e empresas de planos e seguros de saúde. Esse fio condutor permitiu interpelar afirmações laudatórias ou pejorativas sobre o SUS e caráter contemporâneo das relações entre o público e o privado a partir da mobilização de informações secundárias de fontes governamentais de órgãos dos poderes Executivo, Legislativo e Judiciário. Conclui-se que o setor privado e filantrópico-privado, eminentemente financeirizados, impuseram padrões para o uso do fundo público anti-democráticos e anti-democratizantes que embora não imponham ao obstáculo à determinados políticas públicas de ampliação do acesso, impedem a efetivação do SUS constitucional

Nº	Autor/ano	Base de dados	Objetivo	Tipo de estudo	Resultados
11	RAMOS et al., 2016	PUBMED	Neste estudo, o objetivo foi descrever o conteúdo das representações sociais do acesso, por meio da judicialização, para os profissionais de saúde.	Estudo qualitativo	A atitude dos profissionais de saúde diante da realidade imposta pela judicialização é negativa, mas eles reconhecem esse recurso como necessário diante da crise da saúde pública. A judicialização é considerada uma estratégia de exercício da cidadania que sobrepõe o direito individual ao coletivo, aumenta as desigualdades sociais no acesso e compromete a eficácia das políticas de saúde.
12	PINTO et al., 2017	PUBMED	Este artigo tem como objetivo avaliar os resultados dos encaminhamentos para consultas e exames ambulatoriais na atenção básica do município do Rio de Janeiro, destacando os avanços, limitações e desafios para a gestão no nível local.	Estudo quantitativo	Pode-se inferir que não faltam especialistas para atendimento ambulatorial no município em quase todas as regiões. Na verdade, existem gargalos artificiais que surgem em decorrência da falta de regulamentação da maior parte da carga horária contratada nas especialidades, ou seja, o número de vagas é menor que a capacidade dos serviços de saúde disponíveis nas unidades de saúde das redes municipal, estadual, federais e os conveniados pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

Nº	Autor/ano	Base de dados	Objetivo	Tipo de estudo	Resultados
13	VILARINS, 2010	MEDLINE	Este ensaio tem como objetivo levantar uma conceituação do termo Regulação do Acesso à assistência em saúde.	Estudo qualitativo	À luz dos princípios do Sistema Único de Saúde - SUS, quais sejam universalidade, equidade e integralidade, o escopo da regulação do acesso engloba a busca pela melhor alternativa assistencial disponível aos pacientes. O trabalho expõe alguns dos desafios para se implantar a regulação do acesso aos serviços de saúde como instrumento de gestão. Além disso, o presente estudo colabora para uma reflexão quanto à importância de se utilizar a regulação do acesso como um norteador das ações de saúde.

Nº	Autor/ano	Base de dados	Objetivo	Tipo de estudo	Resultados
14	GAWRYSZEWSKI; OLIVEIRA; GOMES, 2012	MEDLINE	O objetivo é apreender e analisar as representações sociais do acesso às ações e serviços de saúde pelos técnicos e gerentes dessas Centrais no município do Rio de Janeiro.	Estudo qualiativo	Como resultados destacam-se as seguintes categorias representacionais: a atitude assumida diante da organização e fluxo para o acesso; Papéis e práticas da regulação; fragmentação da autonomia da regulação; rede de relacionamentos determinando o acesso; e ausência de comando único. A fragilidade do sistema público de saúde apresenta-se exposta, e as práticas nas centrais de regulação são pouco efetivas e dependentes de mecanismos não formais de ação. Observa-se um SUS menos consolidado no Rio de Janeiro quando comparado a municípios que avançam enfrentando de forma unificada, regionalizada e hierarquizada o acesso às ações do SUS.
15	BARBOSA; GUIMARÃES, 2021	LILACS	Este artigo tem como objetivo identificar os atores sociais envolvidos na ação regulatória para acesso aos serviços assistenciais na rede de pré-natal e parto do Sistema Único de Saúde (SUS), em um município brasileiro.	Estudo de caso (qualitativo)	Os resultados confirmam a existência de diferentes atores sociais envolvidos na regulação do acesso aos serviços de saúde, caracterizando a regulação assistencial no SUS como uma prática social, revelando a complexidade produzida pela interação entre um conjunto de atores sociais envolvidos nesta ação.

Fonte: Elaboração própria.

Após leitura de todos os artigos incluídos na revisão integrativa, pode-se observar que, os artigos se dividem em duas categorias de abordagem descritas no Quadro 3.

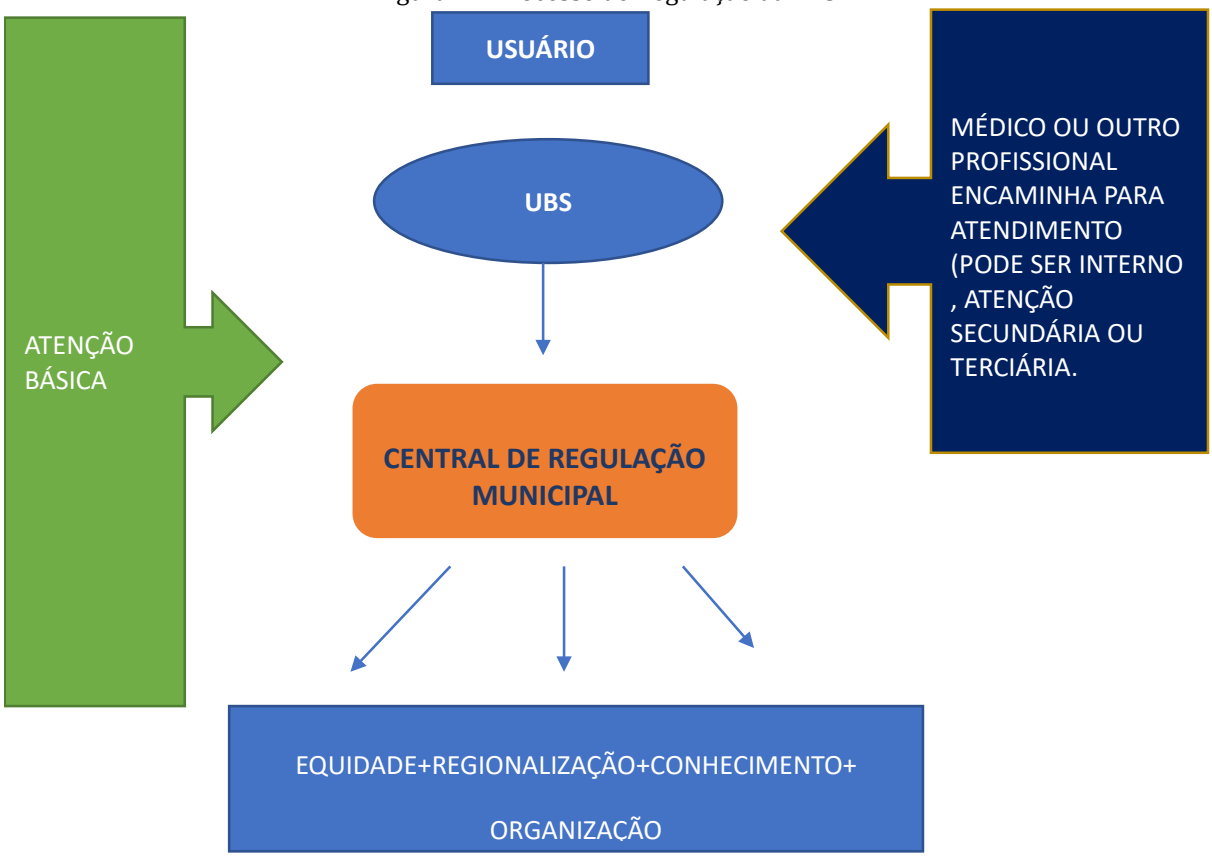
Quadro 3 - Distribuição de temáticas encontradas nos artigos incluídos na Revisão Integrativa.

Eixos	Artigos	Quantidade
Regulação em Saúde na Atenção Primária à Saúde	01, 02, 07, 08, 12, 14, 15	07
Avaliação e Histórico da Regulação em Saúde no SUS	03, 04, 05, 06, 09, 10, 11, 13	08

Fonte: Elaboração própria.

De acordo com o processo de regulação na Estratégia Saúde da Família ou Atenção Primária à Saúde (APS), foi elaborado um mapa mental para ilustrar os processos encontrados nos artigos (Figura 2).

Figura 2 – Processo de Regulação da APS.



Fonte: Elaboração própria.

4. DISCUSSÃO

4.1. Avaliação e Histórico da Regulação em Saúde no SUS

No Brasil, a regulação tem sido polêmica, principalmente porque os serviços são de difícil acesso. Do ponto de vista institucional, um debate mais aprofundado sobre os conceitos, práticas e finalidades da regulação, supervisão, avaliação e auditoria em saúde teve início com as Normas Operacionais da Assistência à Saúde (NOAS) 01/2001 e 01/2002 em 2001-2002 (Batista *et al.*, 2019; Cavalcante; Cruz; Padilha, 2018).

No entanto, a NOAS 2002 introduziu um conceito limitado de solução em rede, visando apenas média e alta complexidade, não incluindo a atenção básica (AB) como parte essencial do processo. Separar o computador do processo de controle ajuda a reduzir as ineficiências. Com o Pacto pela Saúde (2006), esse conceito foi ampliado para incluir a CP como componente da organização da assistência, integrada às atividades de contratação de pessoal, controle, avaliação e auditoria por parte dos prestadores de serviços públicos e privados (Cavalcante; Cruz; Padilha, 2018).

Embora a regulação assistencial careça de mecanismos que garantam um vínculo efetivo entre a oferta e a demanda de serviços, o que contribui para manter as deficiências do sistema de saúde brasileiro, a política setorial teve um avanço marcante com a publicação da Regulamentação da Política Nacional de Regulação (PNR) e a Política Nacional de Atenção Básica - PNAB. Este dá um novo significado à comunicação e à localização e constrói novas ferramentas para a sua eficácia que intervêm diretamente na organização (Peiter; Melo; Oliveira, 2017; Vilarins, 2010).

A PNR destaca a estrutura do regulamento de acesso, que deve contar com um sistema de informação de fluxos, que permita agregar informações ao modelo decisório para formar uma rede regional de saúde, favorecendo os benefícios de economia de escala e atenção integral (Ramos *et al.*, 2016).

No entanto, para promover os princípios de integridade e equidade, é necessário um mecanismo que articule a efetiva organização e produção de redes de saúde. Isso significa que em redes de movimento e transformação contínuos, as entidades envolvidas na expressão e coordenação devem levar em conta não apenas valores quantitativos, mas também valores qualitativos e subjetivos, como os interesses dos atores envolvidos (Bahia, 2018).

A divisão do processo regulatório como prioritariamente econômico ou social implica três pressupostos fundamentais que estão no arcabouço deste modelo conceitual. O primeiro é de que a regulação social incentiva principalmente valores sociais e a regulação econômica

promove fundamentalmente valores econômicos, o qual já foi amplamente discutida por estudiosos do tema. O segundo pressuposto, isto é, de que a diferenciação entre o que é 'social' e o que é 'econômico' na tomada de decisões na realidade é difícil de identificar também e já foi debatida por diversos especialistas.

Porém, o último pressuposto de que os valores secundários (ou aqueles considerados "de apoio") desempenham função relevante em adição aos valores primários na definição de limites e provisões de bases para estabilidade e legitimidade do processo regulatório, atua sobre e expande, as ferramentas de análise e as abordagens teóricas já existentes. Este pressuposto suscita várias consequências para os reguladores contemporâneos, bem como para a própria atividade de regulação (Gamarra, 2018).

4.2. Regulação em Saúde na Atenção Primária à Saúde

A auditoria e fiscalização circunscrita à rede assistencial é um procedimento vinculado principalmente às decisões de nível político, realizado em conjunto com a Secretaria-Geral. Envolve a implementação/utilização de novos serviços e novas tecnologias, cabendo à equipa organizacional a responsabilidade indireta e o apoio técnico a este nível (Barbosa; Guimarães, 2021; Gawryszewski; Oliveira; Gomes, 2012).

A indeterminação das referências e contrarreferências revelou-se um fenômeno comum. Conflitos relacionados ao envio (com carta de referência) e retorno (com carta de resposta) das histórias clínicas permeiam as disputas de conhecimento entre especialistas e médicos generalistas, bem como a desorganização e desarticulação entre os níveis de atenção (Lima *et al.*, 2013; Ferreira *et al.*, 2016).

A baixa utilização/ausência de protocolos no encaminhamento tem sido observada como falta de organização de fluxo, o que se deve, entre outras coisas, a diversos fatores relacionados à organização da rede de atendimento: a grande diversidade das nomenclaturas de serviços, unidades de saúde com diversas redes de abastecimento, distribuição regional dos serviços; falta de conhecimento sobre a estrutura e fluxo da rede social; falta de comunicação e atitude colaborativa entre os especialistas da rede; conflitos de informação entre generalistas e especialistas; e a diferença entre atendimento médico básico e especializado (Silva Júnior *et al.*, 2022; Freire *et al.*, 2020).

A insegurança nos sistemas de informação e comunicação evidenciou fragilidades na gestão de encaminhamentos, redução da demanda e falta de consultas e exames especializados, como falta de supervisão ou controles fragmentados e inconsistentes. Assim, tais fatores criam um campo aberto de influência política significativa na gestão dos estabelecimentos de saúde,

levando à utilização de critérios informal (tradicional) e corporativo quanto em relação a procedimento e consultas ambulatoriais (Pinto *et al.*, 2017).

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

É de grande relevância que os profissionais de saúde conheçam do que se trata a Política Nacional de Regulação em Saúde. Pautada nos princípios do SUS e ancorada no sistema de Regionalização em Saúde, a Regulação tem como foco a organização dos sistemas, garantir o acesso integral e viabilizar uma assistência equânime aos usuários.

Viu-se no estudo, que a regulação é comprometida pela falta de uma gestão participativa, o qual acarreta: falta de educação permanente para os profissionais de saúde poderem ter conhecimento e aperfeiçoamento no ambiente de trabalho; falta de organização; e falta de tecnologias inovadoras de sistemas (como visto no fluxo, principalmente municipal).

É necessário que haja comprometimento dos gestores para melhorar os fluxos das centrais de regulação, aprimorar a estrutura física e promover a informatização dos sistemas,

Ampliando assim, o acesso e assistência dos serviços de saúde, dentro da regionalização.

REFERÊNCIAS

BAHIA, L. Trinta anos de Sistema Único de Saúde (SUS): uma transição necessária, mas insuficiente. **Cad Saúde Pública**, v. 34, 2018.

BARBOSA, D.S.J.; GUIMARÃES, M.C.L. Os atores da regulação assistencial no SUS: quem regula a rede? **Saúde em Debate**, v. 45, p. 287-299, 2021.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo.** 4. ed. Lisboa: Edições70, 2010

BATISTA, S.R. *et al.* O Complexo Regulador em Saúde do Distrito Federal, Brasil, e o desafio da integração entre os níveis assistenciais. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 24, p. 2043-2052, 2019.

CAVALCANTI, R.P.; CRUZ, D. F.; PADILHA, W.W.N. Desafios da regulação assistencial na organização do Sistema Único de Saúde. **Rev Bras Cien Saude**, v. 22, n. 2, p. 181-188, 2018.

CONCEIÇÃO, C.A. **Análise de implementação da Política Nacional de Regulação instituída no Ambulatório de Traumato-ortopedia do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco**. 62 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Políticas Públicas) - Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2021.

FARIA, R.M. A territorialização da atenção básica à saúde do sistema único de saúde do Brasil. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 25, p. 4521-4530, 2020.

FERREIRA, J.B.B. *et al.* Aspectos da regulação em saúde na visão de equipes de saúde da família de um município de pequeno porte. **Rev Bras Med Família Comunidade**, v. 11, n. 38, p. 1-12, 2016.

FREIRE, M.P. *et al.* Regulação do cuidado em redes de atenção: importância de novos arranjos tecnológicos. **Saúde Soc.**, v. 29, 2020.

GAMARRA, T.P.N. A produção acadêmica sobre regulação em saúde: um recorte a partir da Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações. **Rev. Salusvita**, p. 323-340, 2018.

GAWRYSZEWSKI, A.R.B.; OLIVEIRA, D.C.; GOMES, A.M.T. Acesso ao SUS: representações e práticas de profissionais desenvolvidas nas Centrais de Regulação. **Physis: Rev Saúde Coletiva**, v. 22, p. 119-140, 2012.

GOYA, N. *et al.* Regionalização da saúde:(in) visibilidade e (i) materialidade da universalidade e integralidade em saúde no trânsito de institucionalidades. **Saúde Soc.**, v. 25, p. 902-919, 2016.

LIMA, M.R.M. *et al.* Regulação em saúde: conhecimento dos profissionais da estratégia saúde da família. **Rev Rene**, v. 14, n. 1, 2013.

MENDES, K.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, p. 758-764, 2008.

PEITER, C.C.; LANZONI, G.M.M.; OLIVEIRA, W.F. Interface entre regulação em saúde e equidade: revisão integrativa da literatura. **Cogitare Enferm.**, v. 22, n. 2, 2017.

PINTO, L.F. *et al.* Ambulatory municipal regulation of the Unified Health System services in Rio de Janeiro: advances, limitations and challenges. **Cienc Saúde Coletiva**, v. 22, p. 1257-1267, 2017.

RAMOS, R.S. *et al.* Access the Unified Health System actions and services from the perspective of judicialization. **Rev Latino-Am Enfermagem**, v. 24, 2016.

SHIMIZU, H.E. *et al.* Os desafios da regionalização em saúde no Tocantins. 2020.

SILVA JUNIOR, C.L. *et al.* A regulação ambulatorial na Atenção Primária do Município do Rio de Janeiro, Brasil, a partir dos médicos reguladores locais. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 27, p. 2481-2493, 2022.

VILARINS, G.C.M. Regulação do acesso à assistência: conceitos e desafios. **Comun. ciênc. saúde**, p. 81-84, 2010.

CAPÍTULO 7

A RELEVÂNCIA DA INTELIGÊNCIA EPIDEMIOLÓGICA PARA GESTÃO NA SAÚDE PÚBLICA

DOI: 10.51859/amplla.gsi925.1125-7

Francisco das Chagas Dourado de Barros
Adriano Rodrigues de Souza

1. INTRODUÇÃO

Fazer gestão em saúde pública requer conhecimento para planejar, intervir e manter informações transparentes a população. Para tal, variados componentes se somam, como: equipes de profissionais, infraestrutura, orçamento adequado, políticas de saúde, parcerias, monitoramento e avaliação. O mau gerenciamento desses elementos pode avançar em problemas pontuais, como: falhas de comunicação, ausência de equipamentos, dimensionamento inadequado de profissionais, questões sociais, econômicos entre outros fatores que não analisados em conjunto no território em saúde podem trazer impactos negativos ao setor saúde (Crawley, 2021).

O planejamento estratégico, uma das práticas da gestão, propicia ao gestor o conhecimento do seu território, detectando missão, visão e valores. A verificação dos pontos fortes e fracos da instituição, auxilia na identificação das ameaças e oportunidades, estabelecendo estratégias que melhorem o desempenho com base em informações estratégicas para serem utilizadas no gerenciamento do setor saúde criando diversas perspectivas positivas, principalmente para os usuários (Dikid, 2020; Kading, 2018).

A informação é extremamente importante para obtenção de resultados satisfatórios nas avaliações e monitoramento em saúde; é preciso que os dados sejam confiáveis, ou seja, as informações devem ter qualidade. Há uma diversidade de fontes de informação em saúde que auxiliam as ações de saúde com base em evidências, como dados da Organização Mundial da Saúde (OMS), das universidades e instituições de pesquisa, do Ministério da Saúde (MS), entre outras, que podem auxiliar o gestor nas tomadas de decisões e indicar o uso dos recursos de forma efetiva (Ibrain, 2021; Williams, 2020; Verma, 2018).

O uso equivocado de informações pode ter um custo elevado para saúde, sobretudo nas situações emergenciais, como a pandemia da COVID-19. No início vários países desenvolvidos

e em desenvolvimento estavam em dificuldade na contenção da propagação da doença por falha de comunicação oportuna, apesar de experiências com outras doenças infecciosas que marcaram o mundo, tais como: a gripe espanhola e vírus influenza (Silva, 2021; Hay, 2018).

Devido ao avanço da COVID-19, os gestores necessitaram lançar mão de recursos de monitoramento, como as salas de situação, gerando o tripé fundamental da inteligência epidemiológica (dados, informação, ação). Com essas informações, várias estratégias foram desenvolvidas para o controle de doenças infecciosas, como: monitoramento de viajantes com base em informações sobre agravos, *software* para detecção de novas doenças infecciosas, ferramentas para predição de espaço e tempo sobre o agravo (Crawley, 2021; Silva, 2021; Du, 2021; Genne, 2019; Gu, 2021; Li, 2021; Nash, 2020).

A gestão da saúde pública brasileira ainda peca por dificuldade em consolidar os diversos indicadores de saúde existentes. Focado neste objetivo de proporcionar ambientes de consolidação de dados, unindo a atividade profissional desenvolvido no município de Caucaia na Célula de Vigilância em saúde ambiental e mais, recentemente, após ingressar no mestrado, levantei algumas hipóteses com relação a este assunto. Qual a dificuldade de os gestores de saúde utilizarem os dados na tomada de decisão? A estruturação de um setor de inteligência epidemiológica ajudaria a orientar e prevenir novas pandemias, como a de COVID-19?

Objetivando alcançar resposta para todos estes questionamentos, proponho analisar os estudos que organizaram e estruturação dados para tomada de decisão durante a pandemia de COVID-19.

2. MÉTODO

Estudo de revisão integrativa de literatura, que se habilita a condensar variados resultados de pesquisas disponíveis sobre um específico tema, propiciando intensificar o conhecimento e identificar as lacunas existente. Para a realização do presente estudo a busca das produções bibliográficas ocorreu nas bases de dados em saúde: Medline, PubMed, EMBASE, Scopuls, Web of Science, Cochrane, Lilacs e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS).

Foi desenvolvido em seis etapas: 1) Construção da questão de pesquisa, posteriormente foram definidos quais os descritores que serão utilizados para estratégia de busca nas bases de dados; 2) Estabelecer quais serão os critérios de inclusão e exclusão de pesquisas trabalhadas; 3) Categorizar por meio da leitura do título e resumo os estudos; 4) Avaliar os estudos na íntegra; 5) Compreender os resultados das pesquisas e 6) Extrair o conhecimento (Mendes; Silveira; Galvão, 2008).

A construção da questão de pesquisa foi fornecida pela estratégia PICo, (População, Interesse ou intervenção e Contexto), onde P – Gestores; I – Indicadores em Saúde Co – Saúde Pública. A busca teve como pergunta problema: "Qual a importância da inteligência epidemiológica para gestão na saúde"?

Foram utilizados descritores do banco de Descritores em Ciências em Saúde (DeCS): public health administration, epidemiological intelligence, public health e do *Medical Subject Headings* (MeSH): administration, public health, epidemiological monitoring, public health. Os descritores foram intercalados com o uso dos operadores booleanos AND e OR (Quadro 1).

Quadro 1 – Estratégias de busca utilizadas nas correspondentes bases de dados.

Base de dados	Sintaxe da pesquisa
PubMed	((administration, public health) AND ("Epidemiological Monitoring")) AND ("public health")
Medline	((administration, public health) AND ("Epidemiological Monitoring")) AND ("public health")
Lilacs	((administration, public health) AND ("Epidemiological Monitoring")) AND ("public health")
COLECIONASUS	((administration, public health) AND ("Epidemiological Monitoring")) AND ("public health")
DOAJ Directory of Open Access Journals	((administration, public health) AND ("Epidemiological Monitoring")) AND ("public health")
Elsevier ClinicalKey Journals	((administration, public health) AND ("Epidemiological Monitoring")) AND ("public health")

Fonte: Elaboração própria.

Os estudos foram coletados em abril de 2023, nas bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Coleciona SUS (via BVS), Directory of Open Acces Journals (DOAJ) e Elsevier ClinicalKey Journals; MEDLINE, via PubMed.

Optou-se pelos critérios de inclusão: artigos nacionais e internacionais, de idioma de português e inglês completo com recorte temporal de cinco (5) anos (2018-2023). Foram excluídos, artigos duplicados, editorial e artigos que não atenderam ao tema.

Inicialmente, a seleção e triagem dos estudos deu-se por dois pesquisadores, de forma independente, sendo as divergências resolvidas com participação de terceiro examinador. A primeira fase compreendeu leitura de títulos e resumos. Estudos que atenderam aos critérios

de inclusão foram analisados na segunda fase via leitura dos manuscritos na íntegra. Por fim, realizaram-se buscas manuais nas referências dos estudos incluídos.

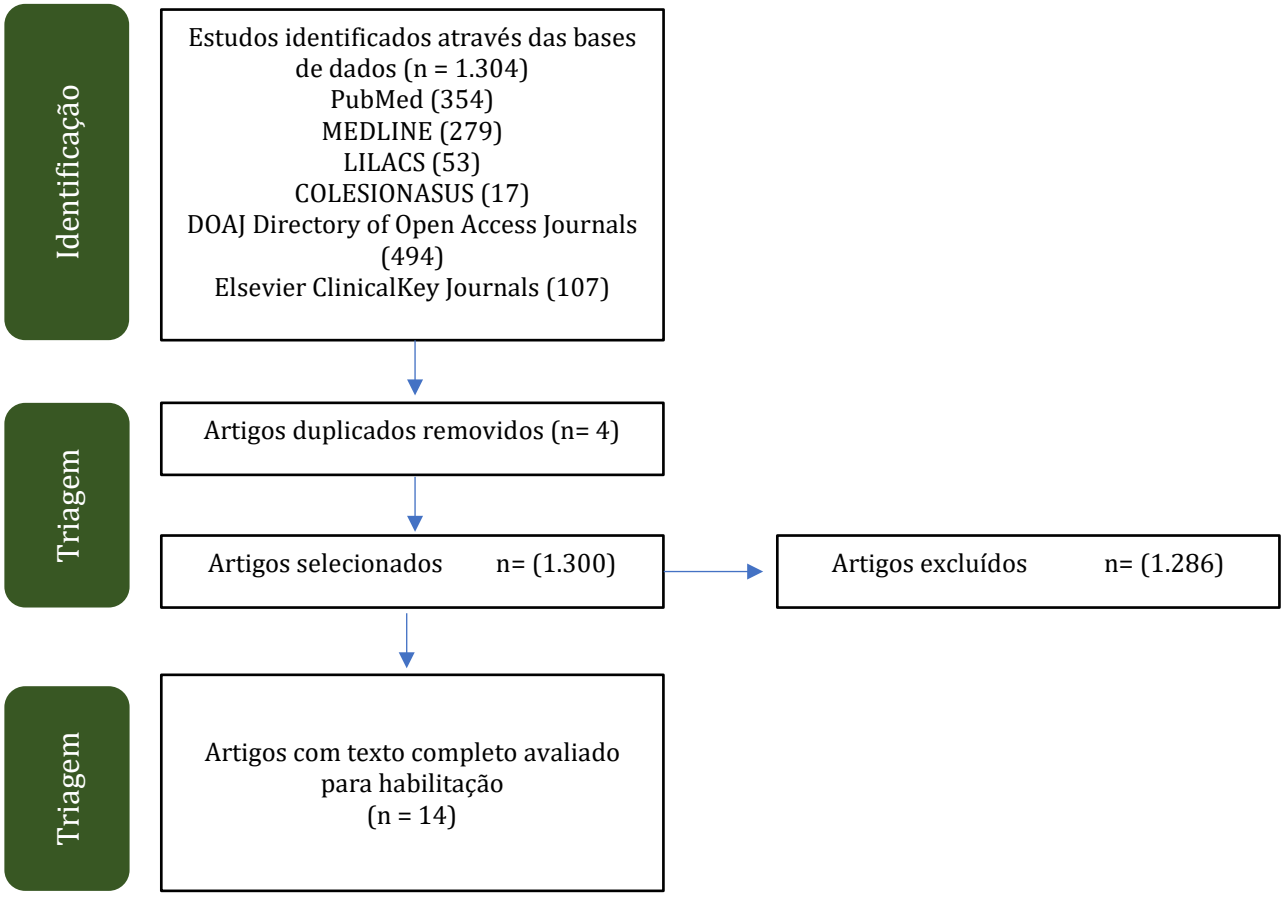
Após selecionados, os dados foram extraídos pelos pesquisadores em planilha do Microsoft Excel, contendo informações referentes à autoria, periódico de publicação, país de origem, ano da publicação, objetivos, desenho, número da amostra e principais resultados referentes à importância e benefícios da inteligência epidemiológica na gestão em saúde. A descrição da caracterização dos estudos apresentou-se em tabelas e quadros, findando em síntese narrativa.

Quanto aos aspectos éticos, esta pesquisa não utilizou nenhuma forma direta ou indireta de participação de seres humanos, pois foram utilizados dados de domínio público.

3. RESULTADOS

Inicialmente, foram selecionados 354 artigos no PubMed, 279 MEDLINE, 53 LILACS, 17 Coleciona SUS, 494 DOAJ Directory of Open Access Journals, e 107 em Elsevier Clinical Key Journals, concluindo 1.304 artigos. Aplicando os critérios de exclusão restaram 14 artigos (Figura 1).

Figura 1 – Fluxograma do processo de seleção dos artigos relacionados a relevância da inteligência epidemiológica na gestão em saúde pública.



Fonte: Elaboração própria.

Os 14 estudos foram organizados e classificados de acordo com: o título do artigo, ano de publicação, nome do periódico (Quadro 2).

Quadro 2 – Distribuição dos estudos da pesquisa segundo título do artigo, ano de publicação, nome do periódico.

Título/ano	Nome do Periódico
The Global Infectious Diseases Epidemic Information Monitoring System: Development and Usability Study of an Effective Tool for Travel Health Management in China 2021	JMIR Public Health Surveill
Analysis of Monitoring, Early Warning and Emergency Response System for New Major Infectious Diseases in China and Overseas 2021	Current Medical Science
The WHO global influenza surveillance and response system (GISRS)—A future perspective 2018	Wiley Online Library
Goal-Aligned, Epidemic Intelligence for the Public Health Response to the COVID-19 Pandemic 2020	American Journal of Public Health
Interdependence of diagnostics and epidemiology, a European perspective Position paper on the need for an intrinsic cooperation and data sharing 2019	Journal of Clinical Virology
Google Search Trends Predicting Disease Outbreaks: An Analysis from India 2018	Healthcare Informatics Research
Why development of outbreak analytics tools should be valued, supported, and funded 2021	The lancet
Responding to COVID-19 pandemic: Why a strong health system is required 2020	Indian Journal of Medical Research
Using Timeliness Metrics to Track Progress and Identify Gaps in Disease Surveillance 2021	Health Security
One Field Epidemiologist per 200,000 Population: Lessons Learned from Implementing a Global Public Health Workforce Target 2020	Health Security
Epi InfoTM ver los sistemas de información ver salud para COVID-19 2021	Revista Cubana de Informática Médica
Planejamento e Gestão 2021	CONASS
Covid-19 Dynamic Monitoring and Real-Time Spatio-Temporal Forecasting, 2021	Frontiers in Public Health
Advanced surveillance and preparedness to meet a new era of invasive vectors and emerging vector-borne diseases 2018	PloS Neglected Tropical Diseases

Fonte: Elaboração própria.

4. DISCUSSÃO

A partir da análise dos 14 artigos, foram observados que a utilização da inteligência epidemiológica é necessária para que ocorram estratégias baseadas em evidências. Nota-se que nove (9), dos estudos tiveram como ponto principal a COVID-19. As pesquisas demonstram que o fortalecimento das práticas no fluxo de informação, ou seja, desde a coleta a análise de dados podem trazer respostas oportunas a enfrentamento a emergências em saúde pública.

Du (2021) em seu artigo referido "*Analysis of monitoring, Earley Warning and Emergency Response System for New Major Infectious Diseases in China and Overseas*", relata que em decorrência da COVID-19, em muitos países os sistemas expuseram muitas deficiências. Dessa forma há oportunidade de melhoria no monitoramento e respostas as emergências em saúde pública. Nos países desenvolvidos às ações de controle a doenças infecciosas iniciam em hospitais através de módulos como de planejamento, liderança, logístico, financeiro e de execução. Na Tailândia, observa-se um forte plano de controle, com ênfase em equipes epidemiológicas e laboratórios eficazes.

Williams (2020) traz em seu artigo que é ideal para uma boa vigilância é ter um epidemiologista de campo treinado para cada 200.000 habitantes para ajudar no controle de problemas urgentes em saúde pública, rastrear a situação que ocorre no local é importante no combate e controle, além de recomendações de prevenção para que os agravos não se dissociem dos registros esperados naquele período e local.

Silva (2021) relata, na Índia e outros países como o Brasil, a utilização de aprendizado de máquina por meio de dados sobre a COVID-19, mostra a possibilidade de realizar uma análise de espaço-temporal por meio de técnicas estatísticas descritas como regressores. A utilização de mapas, podem demonstrar onde está a concentração de casos sobre o agravo, direcionando para os profissionais dos serviços de saúde e tomadores de decisão onde fortalecer o controle.

Na análise final, fica claro que investir em vigilância robusta, testes laboratoriais, uma estratégia de comunicação abrangente em consonância com o RSI (2005) e um sistema de saúde pública forte pode ajudar a salvar vidas e evitar graves perturbações socioeconômicas que provavelmente podem ser causadas por diversas doenças infecciosas existentes ou aquelas que podem atacar a população no futuro. A ameaça é real e a hora de agir é agora.

Resultados como este enriquece a importância de uma vigilância robusta como forma de fornecer informações para a tomada de decisões. Exemplo como este da Índia, encontra-se no Ceará com a implantação do sistema de monitoramento em tempo real da COVID-19, o

INTEGRASUS, que foi criado em plena pandemia, mas que vem sendo usado, apresentando um painel de como está a situação do agravo a nível do estado e no município.

No município de Caucaia, para o controle da COVID-19, a gestão municipal elaborou uma sala de situação nas instalações da SMS no ano de 2019, composto por televisores, computadores, além de planilhas eletrônicas, onde captavam em tempo oportuno dados como número de casos, óbitos, testes COVID entre outras informações oportunas. A vigilância epidemiológica em conjunto com Atenção Primária em Saúde, ambas no município disponibilizavam base de dados, para que se realiza análise estatísticas e georreferenciamento para produção de boletins epidemiológicos que semanalmente era compartilhado com a população sobre a real situação do município de Caucaia.

5. CONCLUSÃO

A análise realizada demonstrou o que imaginamos no início da pesquisa, que não existia, nem nas grandes potencias um acompanhamento rotineiro dos agravos ao risco a saúde. Os estudos mostram que observatórios eram núcleos de estudo em universidades ou que a estrutura de monitoramento foi realizada no método emergencial. Assim sendo, fica prejudicado o processo da inteligência epidemiológica para gestão, pois não existia séries históricas ou monitoramento viral que pudesse alertar para o surgimento de um novo vírus, como o COVID-19.

Identificamos a dificuldade nas tomadas de decisões em saúde pública, principalmente, pela falta de umas ferramentas dinâmicas, considerando, tempo e lugar na vida das pessoas, que auxiliem nos diagnósticos precisos, ou seja, qual o cenário do território em saúde naquele momento? Portanto, fica evidenciado que as informações epidemiológicas fortalecem o trabalho das redes de atenção à saúde, reduzem as incertezas e proporcionam recursos a tomada de decisão.

REFERÊNCIAS

CRAWLEY, A.W. *et al.* Using Timeliness Metrics to Track Progress and Identify Gaps in Disease Surveillance. **Health Security**, v.19, n.3, p.309-17, 2021.

SILVA, C.C. *et al.* Covid-19 Dynamic Monitoring and Real-Time Spatio-Temporal Forecasting. **Frontiers Public Health**, 9, 2021.

DIKID, R. *et al.* Responding to COVID-19 pandemic: Why a strong health system is required. **Ind J Medical Research**, v.151, n.2, p.140-5, 2020.

DU, X. *et al.* Analysis of Monitoring, Early Warning and Emergency Response System for New Major Infectious Diseases in China and Overseas. Cur Med Science, v.41, n.1, 62-8, 2021.

GU, D. *et al.* The global infectious diseases epidemic information monitoring system: Development and usability study of an effective tool for travel health management in China. **JMIR Public Health Surv.**, v.7, n.2, 2021.

HAY, A.J.; McCAULEY, J.W. The WHO global influenza surveillance and response system (GISRS)—A future perspective. **Infl Other Resp Vir**, v.12, n.5, p.551-7, 2018.

IBRAIN, L. *et al.* Comunicación corta Epi Info TM in Health Information Systems for COVID-19. **Rev Cubana Inform Med.**, v.2021, n.1, 2021.

KADING, R.C. *et al.* Advanced surveillance and preparedness to meet a new era of invasive vectors and emerging vector-borne diseases. **PloS Negl Trop Diseases**, v.12, n.10, 2018.

LI, Y. *et al.* The temporal association of introducing and lifting non-pharmaceutical interventions with the time-varying reproduction number ® of SARS-CoV-2: a modelling study across 131 countries. Lancet Infect Diseases, v.21, n.2, p.193–202, 2021.

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.

NASH, D.; GENG, E. Goal-Aligned, epidemic intelligence for the public health response to the COVID-19 pandemic. **Am J Public Health**, v.110, n.8, p.1154-6, 2021.

GENNE, M.K. *et al.* Interdependence of diagnostics and epidemiology, a European perspective: Position paper on the need for an intrinsic cooperation and data sharing. **J Clinical Virology**, v.118, p.6-8, 2019.

VERMA, M. *et al.* Google search trends predicting disease outbreaks: An analysis from India. **Healthcare Informatics Research**, v.24, n.4, p.300–8, 2018.

WILLIAMS, S. G. *et al.* One Field Epidemiologist per 200,000 Population: Lessons Learned from Implementing a Global Public Health Workforce Target. **Health Security**, v.18, n.1, p.113-8, 2020.

CAPÍTULO 8

A ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA GESTÃO DE LEITOS: REVISÃO INTEGRATIVA

DOI: 10.51859/amplla.gsi925.1125-8

Mirlene Souza Santos Soares
Willian Nogueira Lima
Maria Luciana de Almeida Lima
Virna Ribeiro Feitosa Cestari
Geziel dos Santos de Sousa

1. INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) consiste em um conjunto de atividades e serviços de saúde que visam auxiliar a pessoa por meio de ações de promoção, proteção e restauração da saúde na implementação integral de ações de tratamento e prevenção (Brasil, 1988).

Compreender o SUS em toda a sua complexidade requer do gestor público um conjunto de recursos. Isso inclui experiência, conhecimento, tecnologia, experiência e inovação para melhorar o sistema. Considerando que o atual sistema de saúde no Brasil pode ser avaliado do ponto de vista epidemiológico e demográfico no que diz respeito às taxas de doenças prevalentes na população é necessário implementar ações de saúde que visem atenuar essas condições de saúde (Mendes, 2010; Raffa; Malik; Pinochett, 2017).

No entanto, uma mudança de sistema é necessária para auxílio integrado. Isso leva à necessidade de profundas mudanças que permitam a superação do atual sistema fragmentado por meio da implantação de redes de saúde (RAS) (Mendes, 2010). Acredita-se que o fortalecimento da continuidade dos sistemas de atenção à saúde pode contribuir para a constituição de RAS que prestam atenção contínua e integral as populações específicas (Freitas; Moreira; Brito, 2014).

A regulação dos serviços de saúde, que o sistema entende como redes de atenção e a forma como essas redes interagem e se articulam, permite um olhar contínuo entre os diferentes níveis de atenção para garantir que cada ator envolvido dê sua própria contribuição. De acordo com esse acordo, a rede deve ser estruturada como uma troca de ações entre as unidades e a oferta de serviços de saúde que atendam às necessidades dos usuários (Regner, 2016).

Compreendendo o termo Regulação, é possível defini-lo como uma orientação do fluxo de atenção, associando-o aos atos de regulação, gestão, bem como a satisfação dos usuários quanto ao atendimento de suas necessidades (Peiter; Lanzoni. Oliveira, 2016; Rodrigues; Juliani, 2015). Também trata do princípio da igualdade. Consequentemente, a regulação é vista como uma ferramenta importante para atingir os princípios do SUS (Albuquerque *et al.*, 2013).

Em resumo, o gerenciamento de leitos é considerado uma ferramenta importante para melhorar o fluxo do paciente e pode ser realizado por um enfermeiro ou médico designado como gerente de leito, estratégico e operacionalmente (Soares, 2017; Howell *et al.*, 2008; Fogaça *et al.*, 2021). Diante do exposto, com a justificativa em subsidiar uma pesquisa de mestrado e verificar novos estudos sobre a temática, o estudo teve por objetivo descrever a atuação do enfermeiro na gestão de leitos.

2. MÉTODO

Este estudo é uma revisão integrativa (RI), método de pesquisa que objetiva sintetizar os artigos classificados de forma sistemática e ordenada. A Revisão Integrativa é composta por seis etapas: elaboração da pergunta norteadora (problema), busca ou amostragem na literatura, coleta de dados, análise crítica dos estudos, discussão dos resultados e apresentação da revisão (Cruz *et al.*, 2021).

Utilizou-se a estratégia PICO para formulação da pergunta, sendo "P" (Population/Patient/Problem), "I" o fenômeno de interesse (Interest) e "Co" o contexto (Context). Ajustando-se o objeto de estudo à estratégia P: enfermeiros; I: gestão de leitos hospitalares Co: saúde pública, tem-se como questão norteadora: Qual a atuação do enfermeiro para a gestão de leitos hospitalares da saúde pública?

As pesquisas foram realizadas no mês de abril de 2023. As bases de dados utilizadas foram: COCHRANE; MEDLINE via PUBMED, LILACS via BVS e Science Direct onde foram usados na pesquisa os descritores do DeCS/MeSH: "gestão em saúde"; "enfermeiro"; "enfermagem"; "saúde pública"; "*Health Management"; "Nurses"; "Nursing"; "Public Health" e* palavra-chave: gestão de leitos. Foram utilizados os operadores booleanos AND e OR para melhor ênfase nas equações de pesquisa. As equações de busca estão descritas no Quadro 1.

Quadro1 - Estratégias de busca para a Revisão Integrativa

Base/Banco de dados	**Equação de Busca**	**Número de estudos**
LILACS via BVS	(gestão em saúde) AND ("gestão de leitos") AND (enfermagem) OR (enfermeiro)	12
Science Direct	*health management AND "bed management" AND*	292

Base/Banco de dados	Equação de Busca	Número de estudos
	"nursing" AND nurse AND "Public Health"	
MEDLINE via Pubmed	*(health management) AND ("bed management") AND (nursing) AND ("nurse")*	09
COCHRANE	*health management AND "bed management" AND "nursing" OR nurse AND "Public Health"*	635
TOTAL		948

Fonte: Elaboração própria.

Para seleção de artigos foram utilizados os seguintes critérios de inclusão: trabalhos que tivessem no período de 2013 a 2023, idiomas em inglês, português e espanhol, que fossem publicados na íntegra e textos disponíveis. Os critérios de exclusão foram: trabalhos que não estivessem no tema e objetivo de estudo, TCCs, monografias, resumos, resenhas, teses e dissertações.

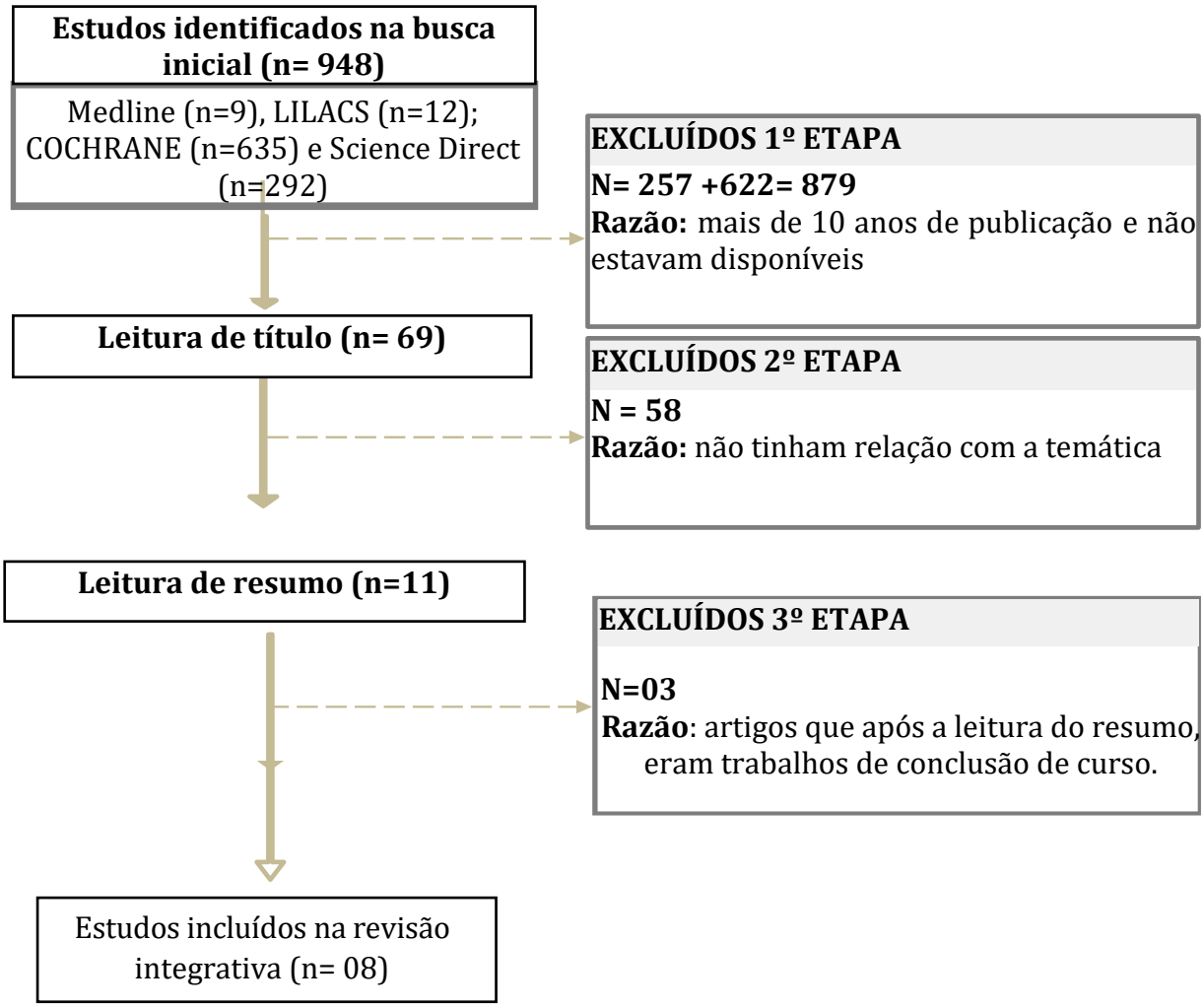
Uma ferramenta foi utilizada para coletar dados dos artigos classificados na revisão. Isso inclui a identificação do artigo original, características metodológicas do estudo e objetivos encontrados (Ursi, 2005).

Após a escolha e inclusão dos artigos, foi realizada extração das principais características dos artigos, com ênfase em seus objetivos onde realizou-se uma síntese descritiva, dando assim, continuidade as etapas da revisão integrativa.

3. RESULTADOS

A pesquisa realizada na base de dados obteve os seguintes resultados: foram encontrados 948 estudos iniciais. Aplicando os critérios de inclusão, 257 artigos não estavam dentro do tempo escolhido de publicação, restando 691 artigos para verificação de outros critérios de inclusão. De 691 estudos, 622 foram excluídos pois não estavam disponíveis e não estavam com o texto completo, restando 69 para leitura do título. Posteriormente à leitura do título, foram excluídos 58 artigos, pois o mesmo não apresentava o tema proposto, restando assim 11 artigos, onde foram lidos os resumos e 08 (oito) artigos foram incluídos na presente Revisão Integrativa. O processo de escolha de artigos está descrito na (Figura 1).

Figura 1 - Etapas de seleção dos estudos da revisão integrativa.



Fonte: Elaboração própria.

As informações foram organizadas por meio de um quadro (Quadro 2) com a descrição dos seguintes aspectos: autor, ano de publicação, título, método do estudo e objetivo.

Quadro 2 - Quadro da Revisão Integrativa dos principais aspectos dos artigos incluídos.

Artigo	Autor/ano	Título	Método	Objetivo
01	ALONSO *et al.* (2022)	Desafios enfrentados por enfermeiros na gestão de leitos hospitalares durante a pandemia por COVID-19.	Estudo descritivo, do tipo relato de experiência.	Relatar desafios enfrentados por enfermeiros na gestão de leitos em uma unidade de internação hospitalar durante a pandemia pela COVID-19.
02	MALDONADO *et al.* (2021)	Hospital indicators after implementation of bed regulation strategies: an integrative review.	Revisão de literatura	Analisar as evidências científicas disponíveis na literatura sobre indicadores hospitalares após a implantação de estratégias de regulação de leitos.

Artigo	Autor/ano	Título	Método	Objetivo
03	SOUZA *et al.* (2020)	Gestão de leitos em um hospital polo da região ampliada de saúde Jequitinhonha: aspectos organizacionais e operacionais do processo de trabalho.	A análise qualitativa	Descrever os aspectos organizacionais e operacionais do processo de trabalho da gestão de leitos de um hospital polo da Região Ampliada de
04	BORGES *et al*. (2020)	Performance of nurses in the bed management service of a teaching hospital.	Estudo descritivo qualitativo.	Analisar a atuação de enfermeiros na gestão de leitos de um hospital público de ensino.
05	SPROVIERI *et al*. (2014)	Programa SOS Emergências: um olhar para a gestão e a experiência para qualificar a emergência.	Pesquisa descritiva retrospectiva.	Este estudo objetivou visualizar a dinâmica da porta de entrada, saída e processo de trabalho em um serviço de emergência que integra o Programa SOS Emergências.
06	SHARMA; RAFFERTY; BOIKO(2020)	The role and contribution of nurses to patient flow management in acute hospitals: A systematic review of mixed methods studies.	Revisão sistemática	O objetivo desta revisão é explorar o(s) papel(is) dos enfermeiros e sua contribuição para manter o fluxo de pacientes em hospitais de agudos através dos departamentos de emergência.
07	LISBOA et al. (2021)	Atuação do enfermeiro regulador no gerenciamento de listas de espera cirúrgicas.	Relato de experiência	Descrever a atuação do enfermeiro regulador no gerenciamento das listas de espera para cirurgias eletivas de um hospital público
08	BENJAMIM (2022)	Understanding the work and decision-making strategies of bed management nurses: a systematic review.	Revisão Sistemática	Identificar na literatura o papel do enfermeiro na gestão de leitos hospitalares.

Fonte: Elaboração própria.

De acordo com a distribuição em bases de dados, obteve o seguinte resultado: um artigo se encontrava na base de dados MEDLINE, seis na base de dados LILACS e um na COCHRANE.

Após a seleção dos estudos, organização e extração dos principais dados dos artigos, para dar continuidade, foi realizada discussão dos resultados encontrados. Pode-se observar que quatro artigos tratam da identificação da função dos enfermeiros como essenciais na gestão de leitos; dois falam sobre as dificuldades encontradas pelos enfermeiros na gestão de leitos e dois falam do processo que de urgência e emergência nos hospitais e do papel do enfermeiro para a execução desse processo, principalmente na gestão de leitos, dessa forma, atingindo o objetivo proposto pelo estudo que estão sendo discutidos na discussão. A distribuição dos artigos está descrita no Quadro 3.

Quadro 3 - Distribuição dos artigos incluídos na revisão integrativa segundo sua temática.

Temáticas	Artigos
Função do enfermeiro na gestão de leitos	04,06, 07, 08
Dificuldades encontradas pelos enfermeiros na gestão de leitos	02, 03 e 05
Processo de execução de urgência e emergência	01 e 02

Fonte: Elaboração própria.

4. DISCUSSÃO

O enfermeiro tem sido apontado como o profissional essencial para compra oferta de pessoal na gestão de leitos. Isso significa a importância do cuidado ao paciente cabido por colegas e profissionais/residentes de saúde. Com o cenário atual caraterizado por organizações de saúde sob crescente pressão para entregar maior desempenho com uso restringido de recursos, torna-se necessário capitalizar todos os recursos existentes. A enfermagem é um recurso significativo nesse contexto, considerando o número de trabalhadores (Cordeiro, 2022; Fogaça *et al*., 2021).

Fica claro que o papel do enfermeiro como organizador precisa ser introduzido, explorado e discutido ainda na formação acadêmica, e o aprimoramento de habilidades vem sendo desenvolvido, para que seja reconhecida nas unidades de saúde a importância do gerenciamento do tempo de espera da lista. Da mesma forma, a enfermagem tem motivado a introdução de cursos de formação profissional para melhorar o conhecimento dos enfermeiros que podem ingressar nestas áreas (Lisboa *et al.*, 2022).

A atuação do enfermeiro em um estudo realizado por Borges e colaboradores foi inicialmente compreendida em relação à estrutura / recursos do serviço. Essa é aprimeira função considerada fundamental para o sistema assistencial e necessária para prestar assistência. Essa estrutura pode suportar e/ou fragilizar fluxos de trabalho profissionais (Borges *et al.*, 2021).

Alguns estudos identificaram o fluxo de trabalho do enfermeiro diante da gestão de leitos, resultando no seguinte processo: no início do plantão, o enfermeiro do Núcleo Interno de Regulação (NIR) deve apoiar a equipe assistencial dos diversos setores na avaliação dos pacientes, nas observações que devem ser realizadas diariamente e verificar os dados do monitoramento Kanban, para verificar a viabilidade de transferência para quartos, leitos de retaguarda, terapia intensiva e/ou até mesmo alta domiciliar ou atendimento domiciliar (Benjamin, 2022; Sprovieri *et al.*, 2014).

O enfermeiro também deve realizar as seguintes ações: Colaborar com uma equipe multidisciplinar para melhorar o processo de transferência. Executar interface entre a regulação e a equipe de emergência e, após avaliação médica, determinar conjuntamente os usuários autorizados a ocupar leitos internos e externos (Souza *et al.*, 2020).

Pode-se afirmar o importante papel do enfermeiro para a gestão de leitos hospitalares, atuando não somente diretamente na gestão (distribuição e organização) dos leitos, mas no monitoramento e avaliação dos mesmos através dos indicadores. É relevante que o profissional da enfermagem alimente a tabela de indicadores para fornecer dados para a tomada de decisão executiva. Representando diretamente a classe da enfermagem no desejo de auxiliar a equipe de suporte na avaliação dos dados e ajudar na busca de soluções para fornecer aos usuários os serviços necessários (Maldonado *et al.*, 2021).

Apesar da enfermagem ter representatividade na gestão hospitalar, a mesma encontra diversas dificuldades durante a execução de suas funções. Foi visto a sua atuação durante a pandemia Covid 19, em que a enfermagem se mostrou essencial, corajosa e principal no papel curativo, preventivo e de promoção à saúde. Um período em que todos estavam em suas casas, a enfermagem estava lutando pela sobrevivência de muitos (Alonso *et al.*, 2022).

A falta de comunicação multiprofissional; a gestão não participativa; a desvalorização profissional; salários inferiores; a falta de leitos; a falta de equidade; financiamento pequeno, foram algumas das dificuldades encontradas pelo enfermeiro diante a gestão de leitos (Alonso *et al.*, 2022).A contribuição dos enfermeiros para o fluxo de pacientes abrange seus papéis funcionais, estratégicos e estendidos que oferecem a oportunidade de reduzir o tempo de permanência, o tempo de triagem e a capacitância do departamento de emergência, bem como melhorar a experiência do paciente e da equipe. Os enfermeiros em colocações operacionais têm implantado conhecimento experiencial relacionado a vários aspectos ocultos dos desafios do fluxo de pacientes, o que facilita a tomada de decisões para a melhoria estratégica do fluxo (Sharma; Rafferty; Boiko, 2020).

O conhecimento e as habilidades práticas dessas funções de enfermagem são essenciais para o sucesso das intervenções relacionadas ao fluxo. No entanto, os efeitos laborais e emocionais (por exemplo, conflito, frustração) dos processos de fluxo de pacientes nos enfermeiros são significativos e podem ter custos de transação não considerados e consequências que precisam ser reconhecidas para serem abordadas pelos gerentes e tomadores de decisão (Sharma; Rafferty; Boiko, 2020).

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo deste estudo foi identificar o papel do enfermeiro na gestão de leitos hospitalares. Realizado através de uma revisão integrativa, o estudo atinge seu objetivo ao fornecer feedback sobre como os enfermeiros trabalham no gerenciamento de leitos.

A gestão de leitos é um serviço complexo, que envolve todo o hospital no processo de trabalho, desde o suporte operacional, admissão até o atendimento direto ao paciente. As atividades desenvolvidas nesse serviço percorrem um percurso com elementos que incluem o paciente e o leito hospitalar. Desenvolvidas por enfermeiros, tais atividades traçam um plano que se reflete na performance do profissional.

O enfermeiro deve participar desde a gerência, distribuição, avaliação e monitoramento. Porém, é necessário que novos estudos com dados primários sejam realizados para identificar melhor a realidade do enfermeiro nesses setores.

REFERÊNCIAS

ALONSO, C.S. *et al.* Desafios enfrentados por enfermeiros na gestão de leitos hospitalares durante a pandemia por COVID-19. **Nursing**, p. 8342-8351, 2022.

BENJAMIN, E. Understanding the work and decision-making strategies of bed management nurses: a systematic review. **Nursing Management**, v. 29, n. 4, 2022.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição:** República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal, 1988.

BORGES, F. *et al.* Performance of nurses in the bed management service of a teaching hospital. **Rev Bras Enfermagem**, v. 73, 2020.

CORDEIRO, F. **A atuação do enfermeiro na gestão de leitos: uma revisão integrativa da literatura.** 21 f. Trabalho de Concusão de Curso (Especialização em Gestão de Organização Pública em Saúde) – Universidade Federal de Santa Maria, Sapucaia, Rio Grande do Sul, 2022.

CRUZ, M.A. *et al.* Repercussões do abuso sexual vivenciado na infância e adolescência: revisão integrativa. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 26, p. 1369-1380, 2021.

FREITAS, L. F. C.; MOREIRA, D. A.; BRITO, M. J. M. A continuidade do Cuidado na perspectiva do ser cuidado**. Cogitare Enferm**., v. 19, n. 4, p. 694-700, 2014.

FOGAÇA, C.S. *et al.* Atuação do enfermeiro no gerenciamento dos leitos hospitalares na percepção dos profissionais de enfermagem. **New Trends in Qualitative Research**, v. 8, p. 528-537, 2021.

HOWELL, E. *et al.* Active bed management by hospitalists and emergency department throughput. **Annals of internal medicine**, v. 149, n. 11, p. 804-810, 2008.

LISBÔA, R.L. *et al.* Atuação do enfermeiro regulador no gerenciamento de listas de espera cirúrgicas. **Rev Bras Enferm.**, v. 75, 2021.

MALDONADO, R.N. *et al.* Hospital indicators after implementation of bed regulation strategies: ver integrative review. **Rev Bras Enferm.**, v. 74, 2021.

MENDES, E.V. As redes de atenção à saúde. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 15, n. 5, p. 2297-2305, 2010.

PEITER, C.C.; LANZONI, G.M.M. OLIVEIRA, W.F. Regulação em saúde: a atuação de enfermeiros. **Rev Rene**, v. 17, n. 6, p. 820-827, 2016.

RAFFA, C.; MALIK, A.M.; PINOCHET, L.H.C. O desafio de mapear variáveis na gestão de leitos em organizações hospitalares privadas. **Rev Gestão Sist Saúde**, v. 6, n. 2, p. 124-141, 2017.

REGNER, A. P. Entendendo a Regulação Assistencial como estratégia de Transição do cuidado nos cenários do SUS. In: JUNG, G. **Regulação do Acesso e da Atenção à Saúde nos serviços públicos:** conceitos, metodologias, indicadores aplicações. Porto Alegre: Moriá Editora, 2016. P.32-89.

RODRIGUES, L.C.R.; JULIANI, C.M.C.M. Impact of implementing ver Internal Bed Regulation Committee on administrative and care indicators at a teaching hospital. **Einstein**, v. 13, p. 96-102, 2015.

SHARMA, S.; RAFFERTY, A.M.; BOIKO, O. The role and contribution of nurses to patient flow management in acute hospitals: A systematic review of mixed methods studies. **Int J Nurs Studies**, v. 110, p. 103709, 2020.

SOARES, V.S. Análise dos Núcleos Internos de Regulação hospitalares de uma capital. **Einstein**, v. 15, p. 339-343, 2017.

SOUZA, D.M. *et al.* Gestão de leitos em um hospital polo da região ampliada de saúde Jequitinhonha: aspectos organizacionais e operacionais do processo de trabalho. **J Health Biolog Sciences**, v. 8, n. 1, p. 1-5, 2020.

SPROVIERI, S.R.S. *et al.* Programa SOS Emergências: um olhar para a gestão e a experiência para qualificar a emergência. **Rev Adm. Saúde**, p. 51-60, 2014.

CAPÍTULO 9

DESAFIOS E ESTRATÉGIAS PARA MAXIMIZAR O FATURAMENTO MÉDICO E HOSPITALAR: REVISÃO INTEGRATIVA

DOI: 10.51859/amplla.gsi925.1125-9

Antônia Araújo Firmo
Cybelle Façanha Barreto Medeiros Linard

1. INTRODUÇÃO

O faturamento médico e hospitalar é um processo fundamental para à saúde financeira de instituições hospitalares, clínicas e consultórios médicos. Ele consiste na cobrança e recebimento pelos serviços prestados, envolvendo diversas jornadas que vão desde o registro do atendimento até o recebimento do pagamento. Neste estudo, serão ressaltados os principais conceitos e processos relacionados ao faturamento médico e hospitalar.

A saúde é um bem essencial à qualidade de vida e bem-estar da população, mas, como em qualquer setor, os serviços médicos e hospitalares estão sujeitos a desafios na maximização do faturamento. Com a crescente demanda por atendimentos e procedimentos, o aumento dos custos e a diminuição das margens de lucro, os prestadores de serviços de saúde precisam adotar estratégias eficazes para maximizar o faturamento, sem comprometer a qualidade do atendimento (Costa; Arrais, 2018).

Os desafios enfrentados pelos prestadores de serviços de saúde na maximização do faturamento médico e hospitalar são diversos e complexos. Um dos principais desafios é a gestão da receita, que envolve a cobrança, o processamento e o recebimento dos pagamentos por serviços prestados. O sistema de reembolso de saúde é complexo e exige dos prestadores de serviços de saúde uma compreensão detalhada das nuances do processo de cobrança e recebimento (Cintra *et al.*, 2013).

Além disso, os prestadores de serviços de saúde enfrentam desafios relacionados aos regulamentos governamentais e políticas de seguros de saúde em constante mudança, o que pode tornar difícil manter-se atualizado e em conformidade com as exigências regulatórias. A falta de uma plataforma tecnológica robusta para o gerenciamento de receita também é um desafio significativo, que pode levar a erros de cobrança e atrasos no recebimento.

Diante desses desafios, é importante que os prestadores de serviços de saúde adotem estratégias eficazes para maximizar o faturamento. Uma das estratégias mais importantes é a implementação de uma plataforma de gerenciamento de receita moderna e tecnologicamente avançada, que possa integrar dados de várias fontes, incluindo registros eletrônicos de saúde e sistemas de cobrança (Neves; Maia, 2003).

Além disso, é importante investir em pessoal especializado em gerenciamento de receita, incluindo codificadores e auditores médicos certificados, que possam ajudar a garantir que as cobranças sejam precisas e feitas de acordo com as políticas e regulamentos de saúde aplicáveis. A negociação com as seguradoras de saúde também é uma estratégia importante para garantir que os procedimentos e serviços prestados sejam totalmente cobertos pelos planos de saúde.

É de extrema importância para a sustentabilidade financeira da instituição de saúde otimizar a receita, é possível investir em melhorias na infraestrutura, equipamentos, tecnologia e, principalmente, no atendimento ao paciente. Para maximizar a receita e melhorar na gestão dos processos de cobrança, é importante investir em tecnologia e em um sistema integrado que permita o controle das informações de cobranças e faturamento de forma eficiente e preciso. Além disso, é necessário contar com uma equipe de profissionais capacitados e treinados para atuar nessa área. Outra estratégia importante é a identificação e negociação com as operadoras de planos de saúde para garantir uma remuneração justa pelos serviços prestados (Coeli *et al.*, 2003).

Dessa forma faz-se necessário analisar monitorar constantemente as assinaturas das revistas eletrônicas, por exemplo a tabela brasíndice, ela traz os valores dos medicamentos que são comercializados no país, apresentando o preso de fábrica, separado até mesmo por estado, e o valor máximo a ser praticado para o consumidor, por essa razão, uma parte significativa dos acordos de prestação de serviços em âmbito hospitalar. Isso faz com que ela funcione basicamente, como uma referência nas negociações de forma estratégica para obter uma remuneração mais adequada.

No entanto, é importante ressaltar que a maximização do faturamento médico e hospitalar não deve ser alcançada a qualquer custo. É necessário que os profissionais de saúde e gestores hospitalares atuem dentro dos padrões éticos e legais, evitando qualquer tipo de prática que possa comprometer a qualidade dos serviços prestados ou a segurança dos pacientes. Embora haja a possibilidade de investir em melhorias nos serviços prestados e garantir a sustentabilidade financeira da instituição, desde que sejam observados os padrões éticos e legais na gestão dos recursos muito relevante na área da saúde, pois representa uma

das principais fontes de receita para hospitais, clínicas e outros prestadores de serviços de saúde.

Investimento na melhoria da qualidade do atendimento ao paciente também é uma estratégia importante para o quesito sustentabilidade. Isso porque um bom atendimento pode aumentar a satisfação do paciente, o que pode influenciar positivamente em sua decisão de retornar ou indicar à instituição a outras pessoas.

Diante disso, é fundamental que as instituições de saúde busquem constantemente aprimorar seus processos, a fim de garantir uma gestão financeira eficiente e uma prestação de serviços de qualidade. Abordaremos os principais desafios enfrentados pelo serviço, bem como as melhores estratégias para superá-los e maximizar os resultados. Esperamos que seja uma fonte valiosa de informação e insights para todos os profissionais envolvidos no faturamento hospitalar, bem como para gestores e líderes que buscam melhorar a eficiência e a rentabilidade de suas instituições de saúde.

A vista disso, este estudo objetiva analisar de acordo com a literatura os desafios e estratégias para maximizar o faturamento médico e hospitalar.

2. MÉTODO

Trata-se de uma revisão integrativa bibliográfica descritiva, de abordagem qualitativa, onde não será para se repetir aquilo que já foi registrado ou lido sobre determinado assunto, mas sim um novo olhar ou manuseio, onde é possível chegar a novas conclusões (Marconi; Lakatos, 2003.

Foi utilizado o método descrito pelos autores Silveira e Galvão (2008), o qual é dividido em seis etapas: 1 – Identificação do tema e seleção da hipótese/questão norteadora, 2 – Estabelecimentos dos critérios de inclusão e exclusão dos artigos e busca na base de dados, 3 – Definições das informações a serem extraídas dos artigos selecionados, 4 -Categorização dos artigos selecionados, 5 – Análise e interpretação dos dados, 6 -Apresentação da revisão/síntese do conhecimento.

Na primeira etapa foi definida a questão norteadora conforme a estratégia PVO, que representa um acrônimo onde P=instituições de saúde, V=Variáveis, O=Outcomes (faturamento). Sendo assim, pretende-se responder a seguinte questão que norteia o estudo: quais desafios e estratégias para maximizar o faturamento médico e hospitalar?

A segunda etapa foi estabelecida os critérios de inclusão e exclusão dos artigos. Os critérios de inclusão foram: artigos completos, através dos Descritores em Saúde (DECS):

Income, Financial Stress, Health Facility Administration com o operador booleano AND em português, inglês e espanhol publicados entre os últimos 05 anos.

Foram excluídas teses, dissertações e monografias, disponíveis em formato de resumos, artigos pagos e que não compreenda o período de publicação delimitado.

O levantamento bibliográfico ocorreu entre o mês de fevereiro a abril de 2023, por meio das bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), tendo como embasamento a Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE), Scientific Eletronic Library Online (SCIELO).

A terceira etapa foi constituída da definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados. Inicialmente foram feitas as análises dos títulos. Em seguida, foram feitas as análises do resumo dos artigos, descartando assim, os objetivos que não se aproximem do objetivo que se pretende alcançar. Por fim, os artigos foram analisados na íntegra, selecionando aqueles que se mostrem mais pertinentes ao tema desse estudo e seus referidos objetivos.

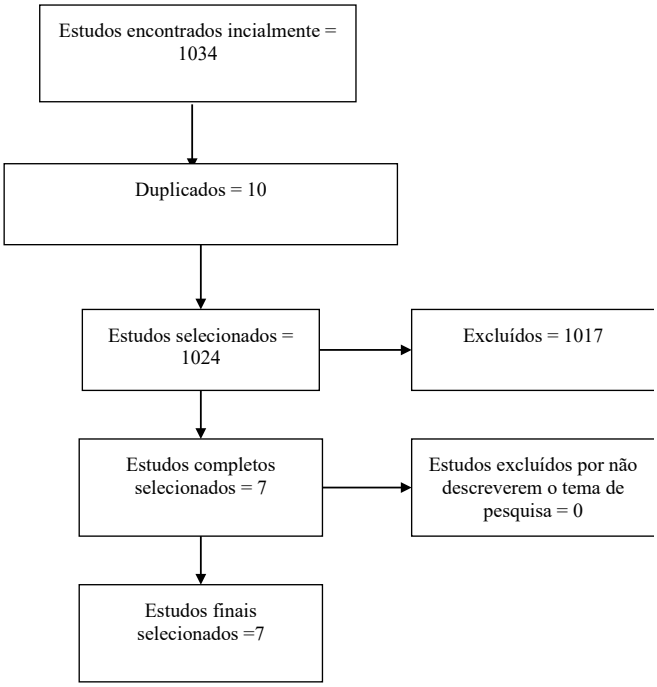
A quarta etapa ocorreu através da classificação bibliométrica dos artigos selecionados equivalentes à análise dos dados onde foram feitas as definições das variáveis, analisando detalhadamente cada artigo selecionado. Na quinta etapa, ocorreu a interpretação dos artigos e a discussão dos resultados.

Na sexta etapa, houve a apresentação da revisão com base na síntese do conhecimento, com informações pertinentes, relativas ao tópico abordado e o detalhamento dos estudos incluídos. Os resultados foram descritos em uma tabela com a identificação do autor, ano de publicação, objetivos e conclusão.

3. RESULTADOS

Incialmente foram encontrados 1034 estudos dos quais após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, 7 foram selecionados para compor a revisão. O fluxograma 1 resume o processo metodológico de seleção.

Fluxograma 1 - Seleção dos estudos, 2023.



Fonte: Elaboração própria.

Um resumo das principais características dos estudos é apresentado na Tabela 1.

Tabela 1 - Características dos estudos selecionados.

Autor e ano	Objetivo	Resultados	Considerações
HE *et al.*, 2022	Avaliar o endividamento dos residentes de cirurgia geral e as perspectivas de compensação financeira.	A pesquisa foi concluída por 419 residentes de cirurgia geral. O salário médio era de US$ 60 a 65 mil e a dívida educacional médica mediana era de US$ 200 a 250 mil. Aproximadamente 61% dos residentes relataram que suas necessidades financeiras não eram atendidas por sua renda. A maioria dos moradores (76%) acredita que, para uma remuneração justa, seus salários deveriam ser 30 a 50% mais altos. As intervenções propostas para melhorar a remuneração dos residentes incluíam pagamento de horas extras, redirecionamento de fundos do GME para os programas de residência e remuneração dos residentes por serviços faturáveis.	Os residentes iniciam o treinamento com uma dívida significativa de educação médica e sentem-se injustamente compensados por seu trabalho. Portanto, intervenções abrangentes com contribuições dos residentes são necessárias para melhorar seu bem-estar financeiro.

Autor e ano	Objetivo	Resultados	Considerações
WHALEY *et al.*, 2021	Avaliar a remuneração de médicos em consultórios de propriedade de médicos e hospitais	A propriedade de práticas médicas por hospitais e sistemas de saúde aumentou 89,2 por cento, de 24,1 por cento para 45,6 por cento de todos os médicos em nossa amostra. Entre as práticas médicas em geral, a integração vertical com hospitais ou sistemas de saúde foi associada, em média, a uma renda 0,8% menor em comparação com médicos independentes após o ajuste multivariável.	Embora a integração vertical das práticas médicas seja uma tendência em rápido crescimento, os médicos podem não se beneficiar diretamente financeiramente.
MILLER *et al.*, 2012	Descrever as implicações dos modelos de fluxo de fundos das escolas médicas	Eles resumem de onde vêm as receitas das escolas de medicina, como as receitas e despesas fluem dentro de uma escola de medicina e entre uma escola de medicina e seus parceiros e por que entender esse processo é crucial para liderar e gerenciar tal empreendimento. Eles concluem com recomendações para as escolas médicas considerarem o desenvolvimento de modelos de fluxo de fundos que atendam às suas necessidades e circunstâncias individuais (1) entender os impulsionadores econômicos, (2) recompensa desejada comportamentos	Devem desenvolver modelos de fluxo de fundos transparentes, alinhados com suas prioridades estratégicas e recompensar os comportamentos necessários para produzir uma colaboração efetiva dentro e entre as áreas de missão.
COSTA; ARRAIS, 2018	Propor modelo alternativo ao faturamento hospitalar de pagamento por procedimento para pagamento por pacotes de serviço.	Considerando o estado de saúde da paciente, foi possível montar 3(três) pacotes de serviços, classificados como pacotes 1, 2 e 3, sendo a gestante de risco habitual classificada como pacote 1 com um custo médio de R$9.652,63; a gestante de alto risco, classificada como pacote 2 apresentou um custo médio de R$ 18.557,99; e a gestante de risco extremo, classificada como tipo 3 apresentou um custo médio de R$ 41.386,49.	Ao entrar em um hospital, a parturiente será classificada conforme o grau de risco apresentado. Com isso, tanto a paciente quanto os provedores de saúde saberiam o custo estimado do seu atendimento. Isso diminuiria a quantidade de procedimentos registrados pela assistência, permitindo dedicar mais tempo para a paciente, seguindo protocolos de atendimento padronizados. O caso pode ser replicado em qualquer instituição pública ou privada, levando-se em consideração os seus custos e os indicadores de qualidade da unidade.

Autor e ano	Objetivo	Resultados	Considerações
SERDA *et al.*, 2013	Avaliar a eficiência da gestão de uma Organização Social de Saúde (OSS) em comparação com o setor privado	A receita média do SUS foi de R$ 2.774.086,91; o ressarcimento mensal pela SES foi de R$ 13.055.700,00; e a receita privada média foi de R$ 25.084.440,31 .	A gestão pela OSS SPDM no Hospital de Transplantes Euryclides de Jesus Zerbini foi mais eficiente na relação financiamento/produção do que seria para um hospital privado. A economia de dinheiro público foi significativa. Os valores atuais de ressarcimento da tabela do SUS não atenderiam à necessidade de custeio de um hospital excessivamente complexo.
RIEG; GOMES; FILHO, 2003	Reunir informações sobre os esforços tecnológicos e o desempenho inovador de 12 empresas do setor de equipamentos médico-hospitalares localizadas no município de São Carlos, SP.	As empresas, em sua maioria, não investem em aquisição de tecnologias a partir de fontes externas mais do que um terço do investimento que realizam em P&D interno. As atividades de P&D voltam-se principalmente para inovações em produto.	Em relação ao desempenho inovador, constata-se que o número de produtos melhorados tecnologicamente supera bastante o número de produtos tecnologicamente novos lançados no mercado por essas empresas nos últimos três anos.
ROSSI *et al.*, 2018	Analisar os pagamentos diretos (OOP) efetuados por operadoras de planos de saúde em contas hospitalares.	Os dados analisados totalizaram 36 mil itens pagos à vista. As maiores taxas de POO ocorreram no hospital 1 (67,6%); serviço de urgência (50,1%); tempo de internação, ≤ 1 dia (70,8%) e materiais médico-hospitalares (59,2%). O ano com maiores índices de OOP administrativa (54,51%) e técnica (48,05%) foi 2013.	Concluímos que POO são indicadores para as instituições verificarem os pontos críticos a serem melhorados e que os gestores devem trabalhar os aspectos originadores da OOP, para evitar maiores prejuízos.

Fonte: Elaboração própria.

4. DISCUSSÃO

Os desafios enfrentados no gerenciamento do ciclo de receita no ambiente hospitalar são diversos e podem afetar significativamente a eficiência e a rentabilidade da instituição de saúde: a complexidade da legislação e das regulamentações relacionadas aos serviços de saúde; a complexidade de integrar dados e informações em uma única plataforma, a falta de capacitação da equipe de faturamento e a negociação desfavorável de contratos com pagadores são apenas alguns exemplos desses desafios.

Para enfrentar esses desafios, as estratégias adotadas devem ser eficientes e atualizadas. A implementação de tecnologias avançadas de gerenciamento de recita, a automação de processos, a negociação de contratos vantajosos com pagadores e o monitoramento constante da receita e das perdas financeiras são algumas das estratégias que podem ser adotadas para otimizar o gerenciamento do ciclo de receita no ambiente hospitalar (Zunta; Lima, 2017).

A maximização do faturamento médico e hospitalar é uma questão crítica para os prestadores de serviços de saúde, especialmente em um ambiente econômico altamente competitivo. Com os crescentes custos da assistência médica e a diminuição das margens de lucro, os prestadores de serviços de saúde precisam adotar estratégias eficazes para maximizar o faturamento e, ao mesmo tempo, melhorar a qualidade do atendimento ao paciente.

O setor de saúde enfrenta desafios significativos na maximização do faturamento médico e hospitalar. Em primeiro lugar, o complexo sistema de reembolso da saúde pode tornar difícil para os prestadores de serviços de saúde entender as nuances do processo de cobrança e recebimento. Além disso, os regulamentos governamentais e as políticas de seguros de saúde estão em constante mudança, tornando difícil para os prestadores de serviços de saúde manterem-se atualizados e em conformidade com as exigências regulatórias.

Outro desafio significativo é a falta de uma plataforma tecnológica robusta para gerenciamento de receita. Os sistemas de gerenciamento de receita em muitas instituições de saúde são antiquados, o que pode levar a erros de cobrança e atrasos no recebimento. Além disso, muitos prestadores de serviços de saúde enfrentam problemas com a falta de pessoal especializado em gerenciamento de receita, o que pode levar a atrasos e perda de receita (Saleh *et al.*, 2015).

A pandemia da COVID-19 exacerbou ainda mais esses desafios. A diminuição da procura de serviços de saúde, a interrupção de procedimentos eletivos e o aumento dos custos de EPIs e equipamentos de proteção, afetaram diretamente as receitas dos hospitais. Com a mudança para a telemedicina, os prestadores de serviços de saúde também tiveram que enfrentar desafios em torno do reembolso de serviços virtuais, que muitas vezes não são totalmente cobertos pelos seguros de saúde.

Para enfrentar esses desafios, os prestadores de serviços de saúde precisam adotar estratégias eficazes para maximizar o faturamento. Uma das estratégias mais importantes é a implementação de uma plataforma de gerenciamento de receita moderna e tecnologicamente avançada. Essa plataforma deve ter a capacidade de integrar dados de várias fontes, incluindo registros eletrônicos de saúde e sistemas de cobrança. Além disso, os prestadores de serviços de saúde devem investir em pessoal especializado em gerenciamento de receita, incluindo codificadores e auditores médicos certificados. Esses especialistas podem ajudar a garantir que as cobranças sejam precisas e feitas de acordo com as políticas e regulamentos de saúde aplicáveis (Cintra *et al.*, 2013).

Outra estratégia importante é a negociação com as seguradoras de saúde para garantir que os procedimentos e serviços prestados sejam totalmente cobertos pelos planos de saúde.

Os prestadores de serviços de saúde também podem considerar a adoção de um modelo de pagamento baseado em valor, que incentiva a prestação de cuidados de alta qualidade em vez da quantidade de procedimentos realizados (Reinhardt, 2015).

A visão sistêmica e comunicação efetiva, são dois elementos importante no desenvolvimento e gerenciamento de processos do faturamento hospitalar. A visão sistêmica é a habilidade de enxergar o todo, e não apenas as partes isoladas. Já a comunicação efetiva é a habilidade de transmitir informações de forma clara e assertiva. Quando combinadas, permitem que as equipes de trabalho trabalham de forma mais colaborativa, reduzindo a possibilidade de erros e aumentando a eficiência do processo. Em resumo, para o sucesso de qualquer trabalho é necessário fluxos de trabalho bem definidos e um canal de comunicação aberto, as equipes podem trabalhar de forma colaborativa e eficiente, alcançando resultados e reduzindo a eventualidades de erros (Choi; Lee, 2008).

Os indicadores de risco são uma ferramenta importante para ajudar a identificar riscos potenciais para a saúde dos pacientes e para a saúde financeira dos hospitais. No contexto do faturamento hospitalar, os indicadores de risco podem ser usados para ajudar a detectar erros na codificação de procedimentos e diagnósticos, bem como para identificar áreas onde a melhoria é necessária para reduzir custos e melhorar a qualidade operacional. Por exemplo, ao monitorar os indicadores de risco, os hospitais podem identificar quais procedimentos estão sendo frequentemente rejeitados pelos planos de saúde e assim, trabalhar para deduzir o número de rejeições, ou seja, as glosas, o que pode aumentar a receita (Jennings *et al.*, 2019).

Além disso, os indicadores de risco são frequentemente usados por agências reguladoras para monitorar a qualidade dos cuidados de saúde e a conformidade com as regulamentações. Ao monitorar os indicadores de risco, os hospitais podem garantir que estão em conformidades com as regulamentações e que estão fornecendo a melhor qualidade de atendimento possível.

Em resumo, os indicadores de riscos são uma ferramenta importante para ajudar a identificar e gerenciar riscos potenciais para a saúde financeira dos hospitais e para a qualidade dos cuidados de saúde. Ao usar esses indicadores de forma eficaz, os hospitais podem melhorar a eficiência operacional, reduzir custos e fornece a melhor qualidade de atendimento possível aos pacientes.

Índice de glosas: esse indicador mede a proporção de receitas que são negadas ou devolvidas pelas operadoras de planos de saúde ou pelo SUS. Uma glosa alta pode indicar problemas na qualidade dos registros ou na cobrança dos serviços (He *et al.*, 2022).

Usos e ações esperadas monitora o tempo decorrido para o pagamento total das cobranças (tempo médio de fechamento de negociações decorrentes de glosa) e gerar

conhecimentos que permitam a promoção do equilíbrio na relação entre a operadora e sua rede de prestadores de serviços de saúde. Limitações e vieses não são considerados as guias em aberto, ou seja, aquelas nas quais houve apenas a cobrança pelo prestador e não houve retorno de pagamento ou glosa pela operadora. Assim, o indicador deve ser avaliado em conjunto com os indicadores que tratam das guias sem retorno.

Conceito Apuração do percentual do valor inicial glosado pelas operadoras em relação ao valor total dos serviços assistenciais cobrados pelos prestadores. Julga-se que o presente estudo pode trazer as partes interessadas, uma percepção maior em relação a importância desse serviço, de forma que traga de maneira pratica um breve interesse sobre a leitura e esclarecimento quanto as boas práticas do serviço de faturamento e contribua com outros serviços no sentido de orientar as melhores conduta a serem realizadas. Outra proposta concerne à ampliação e/ou análise mais imersa abordando, tipo as notas explicativas relacionadas aos informes dos tópicos citados.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O faturamento médico e hospitalar é um desafio significativo para qualquer instituição de saúde, seja ela pública ou privada. Com o aumento da concorrência no mercado e o aumento de pressão financeira, os hospitais precisam encontrar maneiras de maximizar a suas receitas para se manterem sustentáveis.

A maximização do faturamento médico e hospitalar envolve uma série de desafios, como o gerenciamento eficiente das receitas, a prevenção das fraudes, a melhoria do atendimento ao paciente, a atualização das políticas de reembolso e a adaptação às mudanças na legislação. A conclusão deste sobre faturamento destaca a importância da gestão financeira adequada no ambiente hospitalar. O faturamento é uma das principias fonte de receita para hospitais e clínicas, e um processo eficiente é fundamental para garantir o equilíbrio financeiro.

Ao longo da pesquisa, foram abordados diversos aspectos relacionados ao faturamento médico e hospitalar, desde a definição das categorias de pagamento até a importância do controle de glosas e a negociação com as operadoras de planos de saúde. Também foram apresentadas algumas estratégias para otimizar o faturamento, como a padronização dos processos, a automatização de tarefas e o treinamento da equipe.

As estratégias eficazes para maximizar o faturamento médico e hospitalar incluem a implementação de plataformas tecnológicas modernas e avançadas, a contratação de pessoal especializado em gerenciamento de receita e a negociação com seguradoras de saúde. A adoção

dessas estratégias pode ajudar a garantir a precisão das cobranças, a maximização da rentabilidade e a satisfação dos pacientes.

No entanto, é importante destacar que a maximização do faturamento não deve comprometer a qualidade do atendimento e a ética profissional. Os prestadores de serviços de saúde devem manter um equilíbrio adequado entre a maximização do faturamento e a prestação de serviços de saúde de alta qualidade e acessíveis.

Em resumo, os desafios e estratégias para maximizar o faturamento médico e hospitalar exigem uma abordagem multidisciplinar e adaptativa para garantir a sustentabilidade financeira dos prestadores de serviços de saúde. É necessário o comprometimento de todas as partes envolvidas, incluindo médicos, administradores, reguladores e pacientes, para garantir que os serviços de saúde sejam acessíveis e de alta qualidade para todos.

Por fim, é importante ressaltar que o serviço de contas médicas não deve ser encarado como um processo isolado, mas sim como parte de uma gestão integrada que envolve todas as áreas do hospital. Somente com uma visão holística e um trabalho colaborativo será possível garantir a saúde financeira da instituição e oferecer um atendimento de qualidade aos pacientes. Em resumo, a gestão financeira é um aspecto crítico da administração hospitalar requer atenção e cuidado constantes. E devem estar cientes de seus recursos financeiros, gerenciar seus fluxos de caixa, tomar decisões informadas sobre investimentos e riscos, e trabalhar para garantir a estabilidade financeira a longo prazo.

REFERÊNCIAS

CHOI, M.; LEE, K. H. A strategy for enhancing financial performance: a study of general acute care hospitals in South Korea. **Health Care Manag**, v. 27, n. 4, p. 288–97, 2008.

CINTRA, R. F. *et al.* A informação do setor de faturamento como suporte à tomada de decisão: um estudo de caso no Hospital Universitário da UFGD. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 18, n. 10, p. 3043–3053, 2013.

COELI, C. M. *et al.* Probabilistic linkage in household survey on hospital care usage. **Ver Saúde Pública**, v. 37, n. 1, p. 91–99, 2003.

COSTA, E. P.; ARRAIS, A.R. Faturamento Hospitalar aplicado ao serviço de parto: modelo alternativo ao fee-for-service. **Acta Paul Enferm.**, v. 31, n. 2, p. 170–180, 2018.

HE, K. *et al.* Improving the financial wellness of general surgery residents: A nationwide survey. **Am J Surg**, v. 224, n. 3, p. 888–892, 2022.

JENNINGS, J. D. *et al.* Orthopaedic Surgery Resident Financial Literacy: Ver Assessment of Knowledge in Debt, Investment, and Retirement Savings. **Am Surg**, p. 353–358, 2019.

SERDA, M. *et al.* Synteza i aktywność biologiczna nowych analogów tiosemikarbazonowych chelatorów żelaza. **Uniwersytet śląski**, v. 7, n. 1, p. 343–354, 2013.

MILLER, J. C. *et al.* Perspective: follow the money: the implications of medical schools' funds flow models. **Acad Med**, v. 87, n. 12, p. 1746–51, 2012.

NEVES, J. W. N.; MAIA, M. B. Perfil do administrador de clínica oftalmológica na Grande São Paulo. **Arq Bras Oftalm**, v. 66, n. 6, p. 870–875, 2003.

REINHARDT, J. W. Improving the Fiscal Sustainability of Teaching Clinics at Dental Schools. **J Dent Educ**, p. 1393–5, 2015.

RIEG, D. L.; GOMES, A.; FILHO, A. Esforço tecnológico e desempenho inovador das empresas do setor médico-hospitalar localizadas em São Carlos, SP. **Gestão Produção**, v. 10, n. 3, p. 293–310, 2003.

ROSSI, J. A. *et al.* Glosas em contas hospitalares: um desafio à gestão. **Rev Bras Enferm.**, v. 71, n. 5, p. 2511–2518, 2018.

SALEH, S. *et al.* Association between payer mix and costs, revenues and profitability: a cross-sectional study of Lebanese hospitals. **East Mediterr Health J**, p. 381–8, 2015.

WHALEY, C. M. *et al.* Physician Compensation In Physician-Owned And Hospital-Owned Practices. **Health Aff**, v. 40, n. 12, p. 1865–1874, 2021.

ZUNTA, R. S. B.; LIMA, A. F. C. Processo de auditoria e faturamento de contas em hospital geral privado: um estudo de caso. **Rev. Eletr Enferm**, v. 19, p. 1–12, 2017.

CAPÍTULO 10

IMPLANTAÇÃO E MONITORAMENTO DO PREVINE BRASIL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: REVISÃO INTEGRATIVA

DOI: 10.51859/amplla.gsi925.1125-10

Francisca Eridan Fonteles Albuquerque
Thereza Maria Magalhães Moreira

1. INTRODUÇÃO

No Brasil, a Atenção Primária à Saúde (APS) engloba o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas abrangendo os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), como a prevenção, promoção e proteção, diagnóstico e tratamento, além da reabilitação e a redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, praticas criadas para contemplar a qualificação da gestão de saúde, gerir o cuidado integrado para a população do território sob responsabilidade da equipe atuante na área descrita (Brasil, 2017).

O financiamento da APS é tripartite, isto é, de responsabilidade da União, estados, municípios e Distrito Federal. A União faz o repasse de maneira integral aos municípios e estados. Esses recursos financeiros são para custear os serviços e as ações desenvolvidas pela APS, pois fica a cargo dos municípios a gestão e execução dos serviços e das ações da Atenção Básica (AB) (Brasilr, 2019).

No final do ano de 2019, foi lançado o Programa Previne Brasil em publicação no Diário Oficial da União, que designou esse novo modelo de financiamento de custeio da APS, custeio esse referente aos recursos financeiros transferidos pela União aos municípios, com início no ano de 2020. O objetivo principal do programa, é promover a melhoria da qualidade e a ampliação do acesso aos serviços para a população cadastradas no território, levando mais equidade com base nas exitosas experiências dos sistemas universais de saúde (Brasi, 2019).

A finalidade do Previne Brasil, de acordo com seus idealizadores, é ampliar o acesso, melhorar a qualidade e trazer mais equidade para a APS no país, baseado nas melhores experiências de qualidade das unidades básicas no mundo, dentro de sistemas universais de saúde. É um modelo de financiamento misto, que tem a pretensão de equilibrar valores financeiros per capita referentes à população efetivamente cadastrada nas equipes de Saúde da

Família e de Atenção Primária, com o grau de desempenho assistencial dessas equipes somado a incentivos para ações estratégicas (HArzheim *et al.*, 2020).

Pensado como um modelo de financiamento heterogênico, que tem a aspiração de compensar valores financeiros per capita relativos à população efetivamente cadastrada nas equipes de Saúde da Família (eSF), com o coeficiente de atuação assistencial dessas equipes adicionado a incentivos para ações estratégicas, utilizando metodologias tecnológicas para validar os dados (Morosini; Batista, 2020).

Em face do citado e como enfermeira atuante no SUS há mais de vinte anos, assim como atuante ativa no Programa Previne Brasil, vi surgir a necessidade de desenvolver um estudo que mapeasse na literatura o processo de implantação e monitoramento dos Indicadores do Previne Brasil na APS de 2017 a 2022, com a seguinte pergunta norteadora: Como tem se dado o processo de avaliação e monitoramento dos Indicadores do Previne Brasil na Atenção Primária a Saúde? Este estudo torna-se relevante por trazer a comunidade acadêmico científica a discussão da avaliação, monitoramento, melhorias e metas traçadas no programa previne Brasil, assim como servir de aprofundamento para pesquisas posteriores.

2. MÉTODO

Trata-se de revisão integrativa de literatura (RI) Segundo Mendes *et al.* (2019), sintetizar o conhecimento é uma metodologia científica que resume evidências de vários estudos sobre uma questão específica, identificando lacunas em pesquisa e sugerindo novos estudos, a fim de embasar a tomada de decisão na saúde. Acrescentam que a RI é um método que permite essa síntese de conhecimento por meio de processo sistematizado e rigorosos.

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; Co: contexto. Desta forma, constituiu-se a indagação: “Quais as ferramentas existentes para a avaliação e monitoramento dos Indicadores do previne Brasil na APS.?” Onde P: ferramentas (tools) I:avaliação e monitoramento dos indicadores do Previne Brasil (Outcome Assessment, prevent Brazil); Co: atenção básica a saúde (Primary Health Care).

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) e Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE), National Library of Medicine and National Institutes of Health (PUBMED) e Base de Dados de Enfermagem (BDENF) além do google acadêmico no período de abril de 2023.

A seleção destas 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 foram entrecruzados e combinados com operadores booleanos 'AND' e "OR" a fim de refinar os estudos de acordo com o tema em questão. Surgindo as seguintes palavras-chave: "ferramentas (tools) tecnologia digital (digital technology) AND software de Aplicativos (Applications software) AND Tecnologia e Aplicativos de software (Technologies and software Applications) OR avaliação e monitoramento dos indicadores de saúde (Outcome Assessment, indicators Care) AND Indicadores de Saúde previne Brasil (prevent Brazil Indicators) financiamento Previne Brasil (Prevent Brazil financing) AND financiamento dos Cuidados de Saúde (Financing of health care) OR atenção básica a saúde (Primary Health Care) AND Primeiro Nível de Atenção à Saúde (First Level of Health Care) AND Cuidado Primário de Saúde (Primary Health Care) AND indicadores de saúde comunitária (Community health indicators).

Na segunda etapa, adotou-se como critérios de inclusão: artigos publicados em português e inglês, nos anos de 2012 a 2022 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 ou que abordassem outros aspectos relacionados à temática, como: carta ao leitor, artigos de opinião e abordagem de programas da APS não relacionados aos indicadores do previne Brasil.

Na terceira etapa do estudo, foram definidas as informações a serem extraídas dos estudos, deste modo, a análise das informações foi 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), optamos 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, serão observadas as colocações existentes sob a ótica de diferentes autores (Oliveira, 2017).

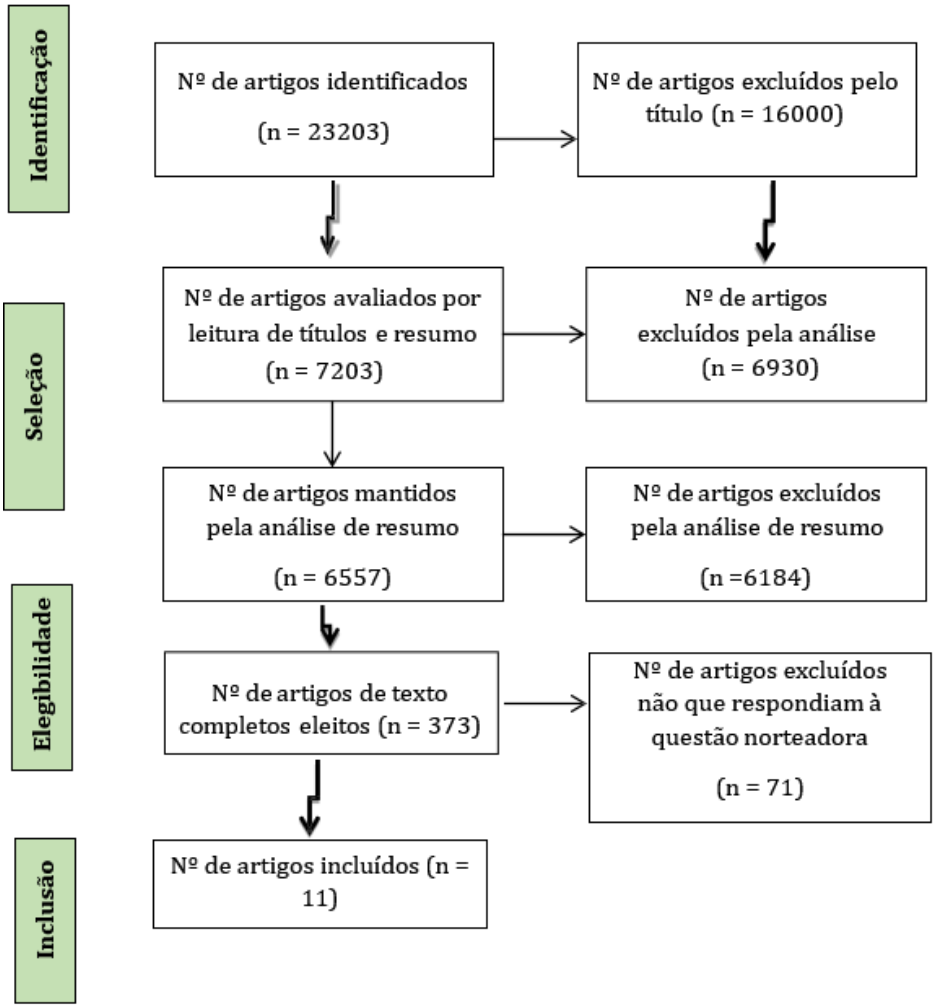
A última fase consistiu-se na elaboração deste estudo, onde buscaremos descrever de forma clara e sistemática todas as etapas percorridas pela autora para a elaboração da pesquisa e apresentar os principais resultados evidenciados após análise dos artigos incluídos.

3. RESULTADOS

Foram encontrados 23.203 artigos após a delimitação dos critérios de inclusão e exclusão, foram eliminados 7203 artigos, restando 6930 artigos, dos quais 6557 foram excluídos pela análise do resumo. Dos 373 artigos restantes, estão em análise para avaliação de sua adequação aos critérios de inclusão e exclusão. Dos 78 artigos restantes, foram incluídos na pesquisa de acordo com os critérios de inclusão e exclusão 11 artigos (Figura 1).

Dos artigos selecionados, três foram identificados na base Pubmed e três na base LILACS e dois no Medline e três na BDENEF. Havendo contudo, dificuldade de identificação de artigos em outras bases de dados, assim como pesquisas com foco integral na temática escolhida, havendo maior preferência por pesquisas relacionadas ao referencial histórico, aos indicadores de forma isolada e medidas de controle e identificação, bem como financiamento baseado nos indicadores, mas de forma não aproveitável a nosso estudo.

Figura 1 – Fluxograma de artigos da revisão integrativa.



Fonte: Elaboração própria.

Após a busca dos artigos nas bases de dados descritas no quadro 1 na tabela 01, foram aplicados os critérios de inclusão e exclusão, resultando em uma mostra final de 10 artigos distribuídos nas bases de dados.

Quadro 1 - Distribuição dos artigos científicos segundo o autor, ano de publicação, revista, tipo de estudo, sujeitos do estudo, objetivo e nível de evidência.

Autor	Revista publicada	Tipo de estudo	Sujeitos do estudo	Objetivo do estudo	Nível de evidência
CARMO *et al.* (2022)	Brazilian Journal of Development	Descritivo com abordagem qualitativa	Profissionais da APS do estado de Amapá	Apoio técnico institucional as equipes da APS de Amapá com ações de fortalecimento da gestão, monitoramento, capacitações e reorganização de serviços para melhorar o desempenho da região quanto ao Previne Brasil.	6
PORTELA *et al.* (2022)	Varia Scentia: Ciencias da Saude	Descritiva e qualitativa	Usuários discriminados no programa	Refletir sobre a influência do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família (PRMSF) sobre os indicadores de saúde do novo financiamento da APS,	6

Autor	Revista publicada	Tipo de estudo	Sujeitos do estudo	Objetivo do estudo	Nível de evidência
SILVA (2022)	BBO-Odontologia	Revisão sistemática do tipo metassíntese qualitativa	-	Discutir os efeitos do Previne Brasil nos processos de trabalho das equipes Multiprofissionais Nasf-AB que atuam no Brasil.	1
HARZHEIM *et al.* (2022)	Ciência e Saúde Coletiva	Descritivo, exploratório	Dados relativos ao orçamento federal da APS, os efeitos imediatos da adoção da capitação ponderada.	Descrever e comentar os resultados do novo modelo de financiamento para a APS aprovado de forma tripartite em 2019, o Previne Brasil	6
MACHADO (2022)	Saúde Pública	Descritiva	Documentos oficiais, sobretudo os que estão disponibilizados no repositório de documentos do Banco Mundial entre 1991 e 2021	Analisar criticamente o financiamento federal da Atenção Primária à Saúde no Sistema Único de Saúde, por meio do Programa Previne Brasil.	6
LUCENA (2022)	SES-RJ	Estudo de caso de caráter exploratório, descritivo	Análise dois aspectos do programa Previne Brasil a Capitação Ponderada e o Componente Pagamento p or Desempenho.	Descrever o uso de tecnologias duras nas unidades de terapia intensiva do ponto de vista da equipe de enfermagem; e analisar as implicações deste uso na assistência aos clientes críticos em terapia intensiva.	6
SETA; REIS; RAMOS (2021)	Ciência e Saúde Coletiva	Descritivo, exploratório	Dados relativos ao orçamento federal da APS, os efeitos imediatos da adoção da capitação ponderada.	Descrever e comentar os resultados do novo modelo de financiamento para a APS aprovado de forma tripartite em 2019, o Previne Brasil	6
MOROSINI; FONSECA; BAPTISTA (2020)	Caderno de Saúde Pública	Descritiva exploratório	Documentos produzidos pelo Ministério da Saúde entre 2019 e 2020 para a reorganização da atenção básica a nova política de financiam ento (Previne Brasil), a Agência de Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (Lei nº 13.958)	Compreender como as mudanças projetadas nas funções gestoras e no modelo de atenção à saúde contribuem para o fortalecimento da lógica mercantil na política pública.	6
MASSUDA (2020)	Ciência e Saúde Coletiva	Descritivo, exploratório	Tendências globais de financiamento de sistemas de saúde e de remuneração por serviços de saúde, bem como dos avanços, desafios e ameaças à APS e ao SUS	Analisar o contexto sobre tendências globais de financiamento de sistemas de saúde e de remuneração por serviços de saúde	6
HARZHEIM (2020)	Ciência e saúde coletiva	Descritiva exploratório	Conjunto de estratégias planejadas e oficializadas ao longo de 2019	Discutir os cinco pontos centrais que marcam esta nova direção para o fortalecimento da APS.	6

Fonte: Elaboração própria.

4. DISCUSSÃO

As Redes de Atenção à Saúde (RAS) são fundamentais para a coordenação e a integração dos serviços e ações de Saúde, assim como para a integralidade e a qualidade do cuidado à saúde. A organização dos serviços e recursos em redes em diversos países tem demonstrado o alcance de melhores resultados em Saúde, menos internações, maior satisfação dos usuários,

melhor uso dos recursos, serviços mais custo-efetivos e de melhor qualidade, maior cooperação entre gestores de diferentes serviços, entre outras vantagens (Carmo, 2022).

Vale ressaltar que, as instabilidades políticas e econômicas vivenciadas no Brasil recentemente, e as restrições orçamentárias, como a lei de congelamento dos gastos fixada em 2017, inviabilizam a execução e alcance de objetivos planejados, o que demanda uma revisão de prioridades para alocação dos recursos. O subfinanciamento do SUS é apresentado pela "insuficiência de recursos para cumprir com seus objetivos constitucionais". A precarização da APS pode resultar em aumento na ocorrência de problemas de saúde e ressurgimento de doenças controladas e eliminadas (Portela *et al.*, 2022).

A partir disso, compreende-se que o corte de gastos na esfera pública em geral, e na saúde, em particular, é uma necessidade para a expansão do capital. Assim, para que isto ocorra, é preciso que o Estado institucionalize (via dispositivos jurídicos) os cortes de gastos públicos por leis, decretos e portarias para garantir a superação das crises. Para que o Estado alcance tal propósito, percebe-se que o Banco Mundial e a Organização Mundial da Saúde são entidades que vem participando na formulação desse passo-a-passo de superação das crises, de forma a articular os interesses entre o capital e Estado, promovendo recomendações (reformas) aos sistemas de saúde no mundo (Machado, 2022).

Nessa perspectiva, o Ministério da Saúde do governo Jair Bolsonaro instituiu por meio da Portaria nº. 2.979/2019 o programa "Previne Brasil, criando um novo modelo de financiamento de custeio para a Atenção Básica à Saúde (ABS) no Sistema Único de Saúde (SUS). Além de estimular a captação de pessoas que utilizam o serviço por meio de uma oferta focalizada e seletiva de procedimentos, o programa Previne Brasil encerra o repasse federal destinado à contratação de profissionais para compor as equipes multiprofissionais dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica, os Nasf-AB (Silva, 2022).

Sobre o pagamento por desempenho, a definição do valor a ser transferido neste componente leva em consideração os resultados alcançados em um conjunto de indicadores que serão monitorados e avaliados no trabalho das equipes (ESF/Equipe de Atenção Primária). Esse modelo tem como vantagem o aumento, no registro das informações e da qualidade dos dados produzidos nas equipes. É importante, portanto, que as equipes se organizem para registrar e enviar periodicamente seus dados e informações de produção, por meio do Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB), bem como para planejar o processo de trabalho para melhorar o desempenho. Para o ano de 2020, foram elencados e pactuados de forma tripartite 7 (sete) indicadores (Carmo, 2022).

Outro ponto é que as mudanças na forma de organização do novo financiamento impactaram diretamente no tempo de atendimento, reduzindo a qualidade da escuta e da assistência integral, pois o objetivo do Previne Brasil prioriza aumentar o número de pessoas cadastradas atendidas, a fim de repassar o valor a ser transferido, e não a qualidade da assistência prestada à população (Portela *et al.*, 2022).

Um dos focos do Previne Brasil é colocar as pessoas no centro do sistema. O novo modelo incentivou os municípios a identificarem os cidadãos atendidos por meio de cadastros melhor qualificados, dando as condições estruturais para uma maior responsabilização das equipes da ESF pelas pessoas. Isso, aliado a uma estratégia de informatização, permitiu um rápido crescimento da base de cidadãos devidamente identificados e com efetivo atendimento pelas equipes de Saúde da Família (eSF) (Harzheim *et al.*, 2022).

A informatização dos serviços da APS também é parte da estratégia do Previne Brasil. Em 2019, a Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS) do Ministério da Saúde lançou o Programa Informatiza APS como maneira de incentivar os municípios a informatizarem suas unidades. Recursos foram repassados diretamente aos municípios, tendo como contrapartida clara e específica a qualificação dos dados enviados ao Ministério da Saúde (MS), com consequente promoção do desenvolvimento de empresas do setor por meio da livre concorrência. Com esse incentivo, os municípios passaram a escolher a solução que mais se adaptava à sua própria realidade local (Harzheim *et al.*, 2022).

Esse elemento é intrínseco e fundamental para o Previne Brasil, já que tanto o pagamento populacional por capitação (*per capita*) quanto o pagamento por desempenho com base em indicadores, calculados diretamente no banco de dados federal (SISAB), necessitam de dados de qualidade coletados, processados e enviados de modo correto. Especificamente quanto ao cálculo dos indicadores para pagamento por desempenho, esses deixaram de ter base quantitativa (agregado populacional) e passaram a ser de base individualizada por cada cidadão para cálculo. Tal mudança possibilitou a adoção de diversas ferramentas de gestão da clínica, como busca-ativa, monitoramento de casos e mensuração de desfechos (Haezheim *et al.*, 2022).

Porém, sua substituição pela transferência atrelada a cadastro, prevista no Componente Capitação Ponderada do Previne Brasil pode ser vista como um retrocesso, pois nesse formato o custeio está atrelado ao cadastro realizado pelas equipes existentes em cada território, o que pode não refletir a totalidade da população nele residente. A absorção pelo componente Capitação Ponderada dos recursos do PAB variável referentes ao custeio da eSF, eAP, incremento para contratação de gerentes nas unidades básicas de saúde (UBS) e das equipes

de NASF-AB provoca uma reflexão sobre a descontinuidade dos processos relevantes para a organização da APS, relacionados à continuidade do cuidado (Lucena, 2022).

Apesar de o novo modelo prevê ganho para quase todos os municípios, o mesmo projeta-se em um cenário de fronteira com eficiência irreal, com cadastramento de toda a população e alcance pleno das metas de indicadores que ainda não foram pactuados, onde não há alcance de tecnologia e nem ferramentas tecnológicas suficientes. A proposta não explicita custos de transação do Ministério e municípios, deixando de apontar recursos necessários para a criação da Equipe de Apoio do Novo Financiamento no MS ou os gastos excedentes das secretarias municipais para ampliação de cadastros, informatização e muitas vezes contratação de equipes terceirizadas (Seta; Reis; Ramos, 2021)

A principal experiência internacional utilizada como referência, o Previne Brasil veio do Reino Unido onde adota critérios de capitação e desempenho como mecanismo de cálculo para a transferência intergovernamental e, não, como mecanismo de remuneração de serviços. Ressaltando-se as diferenças importantes entre os sistemas de saúde e as realidades nacionais não consideradas na adoção de políticas de financiamento, assim como a desigualdade estrutural que marca a formação social brasileira (Morosoni; Fonseca; Baptista, 2020).

Ao se adotar a capitação como critério para financiamento da APS no SUS, em substituição ao financiamento per-capita, cria-se um condicionante que antes não existia para o repasse de recursos para a APS, com consequências diretas e indiretas para o sistema de saúde (Massuda, 2020).

Embora seja esperado que a nova política possa aumentar o número de pessoas registradas em serviços de APS, e que a ponderação valorize regiões mais vulneráveis, o financiamento é dependente da efetividade do cadastro, o que deve variar substancialmente no país. Municípios em áreas carentes devem apresentar maior dificuldade administrativa para registro de pessoas, enquanto que para cidades populosas, com grandes aglomerados populacionais, o cadastro de toda a população pode ser uma tarefa altamente complexa em ambas necessitando de maior aparato tecnológico não pensado no programa e auxílio de metas. Consequentemente, pode-se incorrer na redução de recursos para a APS em regiões de grande necessidade (Massuda, 2020).

Quanto ao papel do Governo Federal, é fundamental um monitoramento potente e transparente baseado em indicadores confiáveis que permitam à “efetividade do cadastro”, na era da informação e da informática com recursos (Harzheim, 2020). Todavia, apesar dessa contribuição, observou-se que o Previne Brasil dificulta a assistência integral, pois os indicadores estão centrados em aspectos clínicos e biomédicos, consequentemente

prejudicando o acesso de residentes a outras demandas importantes para o seu processo de formação e exercício do cuidado holístico, assim como uso parcial de recursos tecnológicos para o cumprimento das metas (Portela *et al.*, 2022).

Ressalta-se que, as desigualdades sociais, territoriais e assistenciais no Brasil exigem um modelo que considere as dificuldades e vulnerabilidades existentes, orientando-se pela equidade. Tal modelo não pode perder de vista a perspectiva da construção da igualdade de direitos e a universalidade, compromissos que deveriam guiar as políticas de gestão do SUS e, em particular, o papel redistributivo do financiamento federal. Sem esse horizonte, orientar-se pelas vulnerabilidades sociais afasta-se da equidade e transmuta-se em focalização e restrição de direitos (Morosoni; Fonseca; Baptista, 2020).

5. CONCLUSÃO

O presente estudo, diante das literaturas encontradas e evidências apresentadas, mostra a relevância de modelo político assistenciais que se adequem a necessidade da população, carência do país e com equidade tecnológica para total eficiência. Ao final deste trabalho é possível entender a relevância da organização do funcionamento do Sistema de Informação em Saúde estruturado e pautado para seu funcionamento desde a região mais carente do Brasil, até a mais estruturada, com a adequação de ferramentas tecno-digitais que viabilizem esse trabalho de forma eficiente e permitam pesquisas, registros, metas e estudos de aprofundamentos.

O estudo apresentou como limitação a ausência de ferramentas tecnológicas no sistema de informação em saúde, cadastro de usuários e registro de indicadores essenciais ao previne Brasil, trazendo a necessidade de maior discussão e sensibilização do problema, assim como busca de soluções e inovações na área pela comunidade acadêmico-profissional.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Portaria GM/MS 2.436 de 21/09/2017. **Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).** Diário Oficial da União, Brasília, 22 set, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Portaria GM/MS nº 2.97 de 12 de novembro de 2019. **Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017.** Diário Oficial da União, Brasília, 13 nov, 2019

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Portaria GM/MS nº 3.222 de 10 de dezembro de 2019. **Dispõe sobre os indicadores do pagamento por desempenho, no âmbito do Programa Previne Brasil.** Diário Oficial da União. Brasília, 2019

CARMO, W.L.N. *et al.* Projeto "APS Forte" e os reflexos nos indicadores do previne Brasil e no processo de trabalho das equipes de atenção primária dos municípios do Estado do Amapá. **Braz J Develop.**, v.8, n.5, 2022.

HARZHEIM, E. *et al.* Novo financiamento para uma nova Atenção Primária à Saúde no Brasil. **Ciênc Saúde Coletiva**, v.25, n.4, 2020.

HARZHEIM E. Previne Brasil: bases da reforma da Atenção Primária à Saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v.25, n.4, 2020.

LUCENA, D.S. **O programa Previne Brasil e seus potenciais reflexos na (re)organização da Atenção Primária à Saúde do estado do Rio de Janeiro.** 129 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Política) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2022.

MACHADO, F.G. **A transferência de recursos federais à Atenção Primária à Saúde do Sistema Único de Saúde no município de São Paulo:** implicações do Programa PrevineBrasil. Saúde Pública. 111 f. Tese (Doutorado em Ciências) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Universidade de São Paulo, 2022.

MASSUDA. A. Mudanças no financiamento da Atenção Primária à Saúde no Sistema de Saúde Brasileiro: avanço ou retrocesso? **Ciênc Saúde Coletiva**, v.25, n.4, 2020.

MENDES, K. S. *et al*; Use of the bibliographic reference manager in the selection of primary studies in integrative reviews. Texto Contexto Enferm., v.28, p.1-13, 2008.

MOROSINI, M.V.G.; FONSECA, A.F; BAPTISTA T.W.F; Previne Brasil, Agência de
Desenvolvimento da Atenção Primária e Carteira de Serviços: radicalização da política de privatização da atenção básica? **Cad Saúde Pública**, v.36, n.9, 2020

PORTELA, A.D.J. *et al.* A participação de enfermeiros residentes em estratégias para o alcance dos indicadores do previne Brasil. **Varia Scentia-Cienc Saúde**, v.8, n.2, 2022.

SETA, M.H; REIS, C.O.O RAMOS, A.L.P. Programa Previne Brasil: O ápice das ameaças à atenção primária à saúde. **Ciênc Saúde Coletiva**, v.26, n.2, 2021.

SILVA. R.B.A. **Evidências sobre os Núcleos Ampliados de Saúde da Família:** recomendações sobre os problemas da neoseletividade induzida pelo Previne Brasil. 101 f. Dissertação (Mestrado Profissionais Interunidades em Formação Intesdisciplinar em Saúde) – Universidade de São Paulo, Faculdade de Odontologia, São Paulo, 2022.

CAPÍTULO 11

DESMISTIFICANDO OS CAMINHOS PARA O ACESSO ÀS UNIDADES DE ATENÇÃO PRIMÁRIA: REVISÃO INTEGRATIVA

DOI: 10.51859/amplla.gsi925.1125-11

Marília Félix Apolônio
Clarice Maria Araújo Chagas Vergara

1. INTRODUÇÃO

Um dos mais importantes princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) é o da universalidade. Segundo este princípio a saúde é um direito de todos, cabendo ao Poder Público o dever de disponibilizar serviços de saúde que assegurem a assistência e o cuidado necessário ao usuário.

Entretanto, apesar do direito à saúde ser amparado pela Carta Magna, que em seu art. 196 prevê: "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", boa parte da população brasileira, representada pelo jargão econômico de "classe média", de modo geral não utiliza os serviços ofertados pelo SUS, preferindo fazer uso de planos de saúde privados para atender às suas necessidades.

A problemática que suscitou a realização deste estudo está relacionada à persistente exclusão das famílias de classe média do SUS. Buscou-se responder ao seguinte questionamento: Por que a população de classe média não procura atendimento de forma espontânea nos postos de saúde?

A metodologia utilizada foi a revisão sistemática de literatura. De acordo com Galvão e Ricarte (2020) a revisão sistemática da literatura é um tipo de pesquisa que segue protocolos peculiares, apresentando as bases de dados consultadas, bem como a estratégia de busca adotada e o processo de seleção dos artigos científicos escolhidos.

A justificativa para a elaboração deste trabalho repousa na possibilidade de ampliar os debates sobre a problemática apresentada e propor possíveis soluções, além de contribuir para ampliar o conhecimento científico sobre o tema selecionado. Almeja-se, também, que este estudo possa fornecer subsídios aos gestores do Sistema Único de Saúde interessados em livrar

o SUS do estigma de serviço de segunda classe, destinado tão somente à parcela mais carente, do ponto de vista econômico e social, da população brasileira.

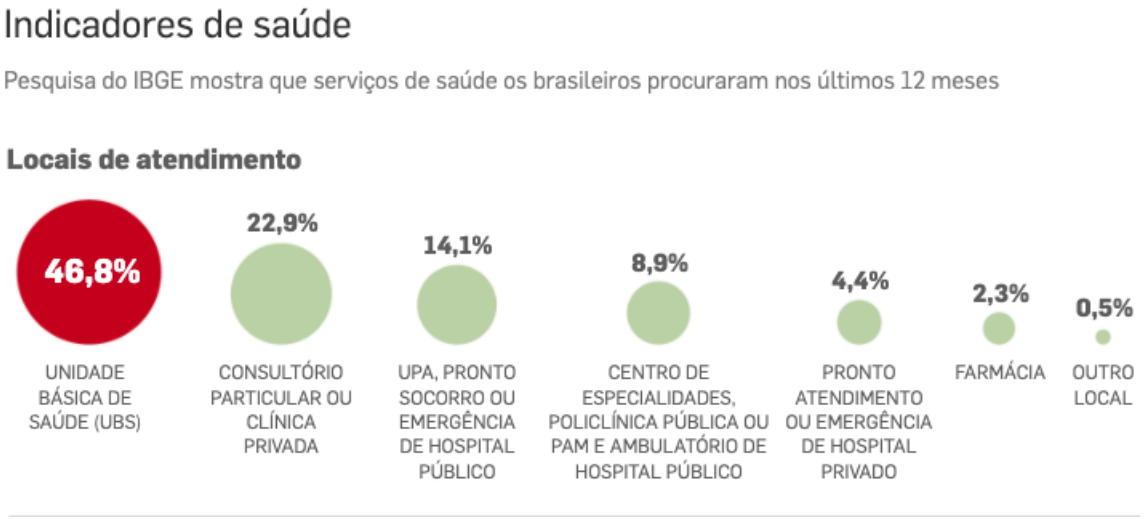
2. REFERENCIAL TEÓRICO

O SUS representa uma grande conquista social do povo brasileiro. Por meio dele democratizaram-se as ações e serviços da saúde no país, que se tornaram universalizados e descentralizados. São inegáveis os avanços que o SUS proporcionou à população brasileira em matéria de cuidados e assistência à saúde, embora muitos problemas e desafios ainda se façam presentes.

Conforme Guidini (2012) o SUS foi criado pela Lei nº 8.080/90, de 19 de setembro de 1990, denominada Lei Orgânica da Saúde. Este diploma legal definiu as atribuições, princípios e diretrizes do SUS, o papel de cada ente federativo e a sua estrutura de financiamento.

Atualmente, de acordo com a Pesquisa Nacional de Saúde realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2020), o SUS atende mais de 150 milhões de brasileiros, cerca de 70% da população brasileira. A pesquisa revelou que as unidades básicas de saúde foram os principais pontos de acolhimento do usuário do SUS, preferência de 46,8% dos entrevistados, enquanto o pronto-atendimento de hospitais privados foi procurado por 4,4% dos brasileiros, como ilustra a Figura 1.

Figura 1 – Serviços de saúde procurados pelos brasileiros.



Fonte: IBGE (2020).

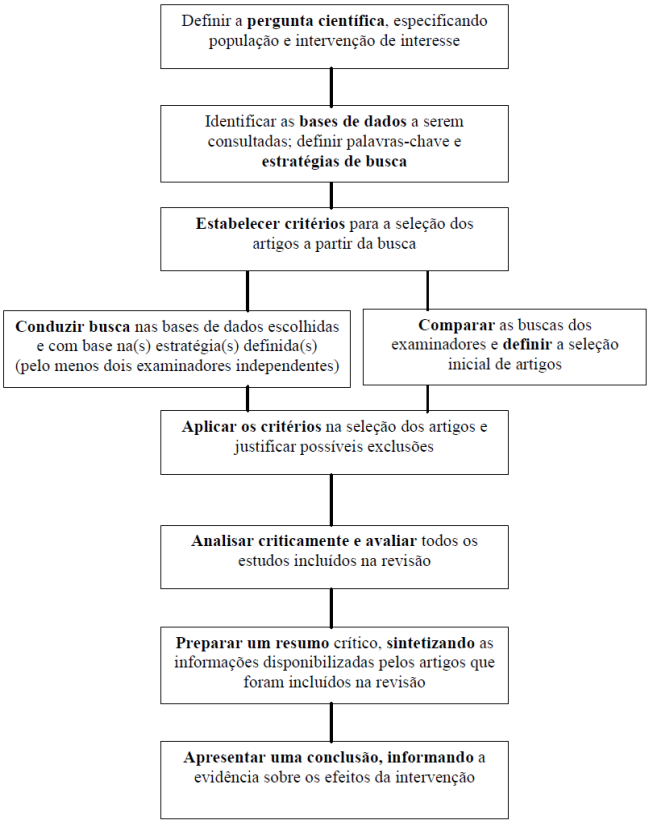
Ainda de acordo com a pesquisa supracitada 28,5% dos brasileiros afirmaram ter plano de saúde privado, sendo a região Sudeste a que apresenta a maior cobertura (34,9%) e o Norte, a menor (14,7%). Constatou-se também que apenas 16,1% das pessoas sem instrução ou

Ensino Fundamental incompleto possuíam planos de saúde suplementar, contra 67,6% dos com Ensino Superior completo. Já quanto à renda, apenas 2,2% das pessoas que ganhavam menos de 1/4 de salário-mínimo contavam com plano de saúde, enquanto 86,8% dos que recebiam acima de 5 salários-mínimos por mês (portanto integrantes da classe média) utilizavam o serviço, revelando uma relação direta entre a raça, nível de instrução e cobertura de plano de saúde.

3. MÉTODO

Trata-se de uma revisão bibliográfica sistemática. Segundo Galvão et al. (2004), a revisão bibliográfica sistemática (RBS) é empregada para responder uma questão específica relacionada a um problema da área de saúde. A Figura 2 apresenta a descrição geral do processo de revisão bibliográfica sistemática.

Figura 2 – Processo de revisão bibliográfica sistemática.



Fonte: Sampaio e Mancini (2007).

Para Biolchini *et al*. (2007) a RBS é uma ferramenta bastante útil para a elaboração de uma síntese do todo o conhecimento existente sobre o tema em destaque. Já conforme Levy e Ellis (2006) a Revisão Bibliográfica Sistemática tem a finalidade de desenvolver uma base

teórica e científica sobre o objeto de estudo selecionado através da coleta, análise, reunião e avaliação de artigos científicos.

Foram utilizados os seguintes descritores (na língua portuguesa e inglesa): Classe Média (Middle Class); Atendimento Espontâneo (Spontaneous Service); Postos de Saúde (Health Centers). Foram excluídos os artigos em duplicidade e os que abrangiam outras RBS.

A pesquisa foi realizada entre fevereiro e abril do fluente ano. Para realização deste estudo procedeu-se a um levantamento literário de estudos nacionais e internacionais vinculados ao tema em destaque, nas bases de dados Scielo e PubMed. Foram considerados os estudos que relacionavam o comportamento da classe média em relação ao Sistema Único de Saúde.

Como critérios de inclusão foram selecionadas as publicações em português ou inglês, disponíveis na íntegra e compreendidas no período dos últimos 20 anos (2004-2023). Foram excluídos os artigos em duplicidade, cartas ao editor e dissertações.

Após a seleção, os artigos foram lidos atenciosamente, realizando-se anotações dos achados mais importantes para subsidiar as conclusões da autora.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

No Quadro 1 são apresentados os artigos selecionados para o estudo em profundidade.

Quadro 1- Artigos escolhidos.

Título	Autores	Objetivos	Conclusão
O uso do SUS como estigma: a visão de uma classe média (2018).	Carolina Lopes de Lima Reigada e Valéria Ferreira Romano.	Analisar as causas da recusa do cadastramento para atendimento no SUS de moradores da classe média no Rio de Janeiro.	Constatou-se medo, pela classe média, da falta de leitos para internação e atendimento de emergência.
O acesso da classe média à estratégia de saúde da família em contexto de expansão da atenção primária à saúde no município do Rio de Janeiro. (2015).	Wendy Hellen Davies.	Analisar o acesso da classe média à Estratégia de Saúde da Família (ESF) em contexto de expansão da Atenção Primária à Saúde no município do Rio de Janeiro.	As estratégias de expansão da Atenção Primária na cidade carioca aproximaram a classe média da ESF.
Estratégia saúde da família: o acesso em um território de classe média. (2008).	Juliana Destefani Passamani, Marta Zorzal e Silva e Maristela Dalbello de Araújo.	Analisar a construção do acesso à ESF em um território de classe média na cidade de Vitória/ES.	Revelou-se que ainda vigora o entendimento, entre a classe média, de que o SUS funciona apenas para a população de baixa renda.
A visão dos profissionais de saúde de um hospital público acerca das necessidades de saúde de crianças da classe média e de seus acompanhantes. (2006).	Ana Beatriz Busch Araújo	Conhecer a visão dos profissionais de saúde sobre as necessidades de crianças de classe média que buscam atendimento médico no Serviço Público.	Constatou-se a dificuldade dos profissionais para reconhecerem a procura da classe média por atendimento no SUS como um qualificador da assistência.

Fonte: Elaboração própria.

A leitura atenta dos artigos selecionados revelou vários achados quanto ao comportamento da classe média em relação ao Sistema Único de Saúde. Foi possível descobrir as principais causas pelas quais os integrantes da classe média brasileira geralmente não utilizam o SUS para satisfazer suas necessidades de saúde.

Dentre estas causas destaca-se uma percepção negativa quanto à qualidade dos serviços prestados, caracterizando o SUS como um sistema no qual impera a falta de recursos, longas filas de espera e ausência de médicos competentes. A esse respeito De Lavor *et al*. (2011) explica tratar-se de pura desinformação e mesmo má-fé de alguns setores da economia nacional que aumentam seus ganhos e lucros expondo, de forma negativa, os serviços públicos de saúde, além de ocultar seus aspectos positivos.

Vigora também um estigma acerca do SUS, por parte da classe média, como um sistema de saúde para pobres, o que afasta a classe média por conta do preconceito e da discriminação associados. Este resultado coaduna com o de Aragão (2014), cuja pesquisa revelou que a classe média acredita que utilizar serviços públicos é o mesmo que pedir socorro ao Estado e assumir o papel social de "pobre", quando na realidade se trata apenas de usufruir de um direito constitucionalmente tutelado.

Os artigos escolhidos também revelaram falta confiança em relação ao acesso a medicamentos e tratamentos adequados, além de grande preocupação quanto à segurança dos pacientes, o que igualmente foi mencionado por Travassos e Castro (2012) em sua pesquisa realizada com a finalidade de verificar as desigualdades no acesso aos serviços de saúde no Brasil.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A classe média brasileira, como qualquer cidadão, pode utilizar o SUS para receber assistência médica gratuita, ou a custos menores, porém muitos de seus integrantes não o fazem por considerar o SUS um sistema precário e deficiente, tanto em relação a recursos materiais quanto em relação a recursos humanos.

A realidade, no entanto, como certificam os artigos analisados, é que o SUS possui profissionais capacitados e está apto a proporcionar um extenso rol de serviços médicos, incluindo procedimentos cirúrgicos complexos, como transplantes e intervenções cardíacas ou neurológicas.

Apesar disso a classe média ainda opta por planos de saúde privados, alguns bem caros, um fenômeno que possui muitas causas: desconhecimento acerca do funcionamento do SUS, preconceito, desinformação etc. Para mudar este quadro, conforme os autores estudados, é

importante que a classe média seja devidamente informada sobre as vantagens e benefícios do SUS, notadamente quanto aos serviços oferecidos: consultas médicas, exames laboratoriais, tratamentos especializados e internações hospitalares).

Também é importante conscientizar a classe média que o SUS é um patrimônio público e que sua utilização contribui para aprimorar a qualidade do serviço prestado para toda a população. É preciso que a classe média faça valer seus direitos de acesso aos serviços públicos de saúde participando de conselhos de saúde e outras instâncias de controle social.

REFERÊNCIAS

ARAGÃO, P. F. P. **Estigma e pobreza**: reflexões sobre a assistência social em espaços de transição em Fortaleza. 2014, 55 f. Trabalho de Conclusão de Curso. Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2014.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.** Brasília, DF: Presidência da República, [2020]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/ Constituiçao.htm. Acesso em: 13 abr. 2023.

DE LAVOR, A.; DOMINGUEZ, B.; MACHADO, K. O SUS que não se vê. **Rev Radis,** n.104, p. 9-17, 2011.

GALVÃO, M.C.B.; RICARTE, I.L.M. Revisão Sistemática da Literatura: conceituação, produção e publicação. **LOGEION Filos informação**, v. 6 n. 1, p.57-73, 2020.

GALVÃO, C. M.; SAWADA, N. O.; TREVIZAN, M. A. Revisão sistemática: recurso que proporciona a incorporação das evidências na prática da enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 12, n. 3, p. 549-556, 2004.

GUIDINI, C. **Abordagem Histórica da Evolução do Sistema de Saúde Brasileiro**: conquistas e desafios. UFSM, RS, 2012.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa nacional de saúde: 2019**: informações sobre domicílios, acesso e utilização dos serviços de saúde: Brasil, grandes regiões e unidades da federação. Coordenação de Trabalho e Rendimento. - Rio de Janeiro: IBGE, 2020.

LEVY, Y.; ELLIS, T.J. A system approach to conduct an effective literature review in support of information systems research. **Informing Science Journal**, v.9, p.181-212, 2006

TRAVASSOS, C; CASTRO, MSM. **Determinantes e Desigualdades no Acesso e na Utilização de Serviços de Saúde.** In: Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. GIOVANELLA L, ESCOREL S, LOBATO LVC, NORONHA JC, CARVALHO AI (org.).2° edição. Rio de Janeiro, Editora FIOCRUZ. 2012.

SAMPAIO, R. F.; MANCINI, M. C. Estudos de Revisão Sistemática: um guia para síntese criteriosa da evidência científica. **Rev Bras Fisioter.,** v.11, n.1, p. 83-89, 2007.

CAPÍTULO 12

TECNOLOGIAS DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE PARA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA: UMA REVISÃO DE ESCOPO

DOI: 10.51859/amplla.gsi925.1125-12

Daniele da Silva Araújo
Antônio Augusto Ferreira Carioca

1. INTRODUÇÃO

As tecnologias digitais da informação e da comunicação, cada vez mais presentes no cotidiano das pessoas, são um conjunto de recursos tecnológicos, utilizados para enriquecer o espaço educacional e potencializar a integração entre os sujeitos envolvidos e o conhecimento desejado (Serrevalle *et al*, 2021).

A vigilância epidemiológica (VE), uma das mais antigas atividades de monitoramento em saúde, também passou por processos de inovações diante da globalização e dos desafios mundiais. Dentre as funções da VE pode se citar a orientação do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde e a Rede de Serviços de Atenção à Saúde do SUS atuando na identificação e na notificação de casos suspeitos, confirmados e óbitos, na investigação laboratorial e no manejo adequado de casos por infecção humana, de modo a reduzir os riscos de transmissão de moléstias no território nacional (Brasil, 2029).

O Ministério da Saúde (MS) compreende os Núcleos Hospitalares de Epidemiologia (NHE) como subsistemas articuladores e catalisadores para o desencadeamento de ações de prevenção e controle de agravos, e vem estimulando amplamente essa estratégia, que deve ser realizada de modo articulado aos setores estratégicos da unidade hospitalar, como o Núcleo de Segurança do Paciente, Serviços de Arquivo Médico e de Patologia; Comissões de Revisão de Prontuário, de Óbitos e de Controle de Infecção Hospitalar; Gerência de Risco Sanitário Hospitalar; farmácia e laboratório (Brasil, 2004).

O conhecimento do perfil de ocorrência de doenças e agravos está na dependência dos serviços da VE bem estruturado, com condições de captar, consolidar e analisar as informações acerca do processo saúde-doença, gerar indicadores de acompanhamento e, em caso de surtos e epidemias, detectá-los precocemente para agir em tempo oportuno. Portanto, suas funções estão pautadas na tríade informação-decisão-ação. Contudo, apesar de sua importância, os

sistemas de informação ainda vêm sendo subutilizados, muitas vezes em virtude do excesso de atividades e da falta de tempo por parte da gestão e dos profissionais. Os elementos essenciais das atividades de vigilância, que servem para caracterizá-la, são de caráter de atividade contínua, permanente e sistemática (Dantas *et al.*, 2014).

Diante de sua demanda no Brasil faz-se necessário o uso da inovação tecnológica em saúde que pode ser idealizada como a aplicação de novos conhecimentos, que aparecem na forma de artefato físico, ideias ou em novos procedimentos e práticas que trazem mudanças na assistência à saúde (Batista *et al.,* 2011).

Nesse sentido, a utilização do ambiente virtual e de tecnologias da informação e da comunicação surge como desafio e constitui alternativa para a operacionalização do apoio e do processo de ensino-aprendizagem. Na era da sociedade da informação, a comunicação audiovisual estabelece novas pontes entre o presencial e o virtual (conectados à distância), em busca da excelência no processo de ensinar e aprender (Serrevalle *et al*., 2021).

Diante do citado e como enfermeira atuante no serviço de VE de um Hospital de excelência no atendimento, estadual em Fortaleza-Ceará, na tentativa de uma melhor interação entre os serviços, e melhora na qualidade das informações geradas para gestão e tomada de decisões, aventou-se a seguinte pergunta: Quais conteúdos existentes na literatura sobre tecnologias de informações em saúde e suas contribuições para vigilância epidemiológica?

Sua relevância está em propiciar maior conhecimento e discussão sobre a contribuição e importância da tecnologia de informação para a vigilância e monitoramento em saúde realizado pela VE, além de posteriores estudos de aprofundamento e tem como objetivo: Mapear conteúdos sobre tecnologias de informação em saúde existentes na literatura e suas contribuições para vigilância epidemiológica.

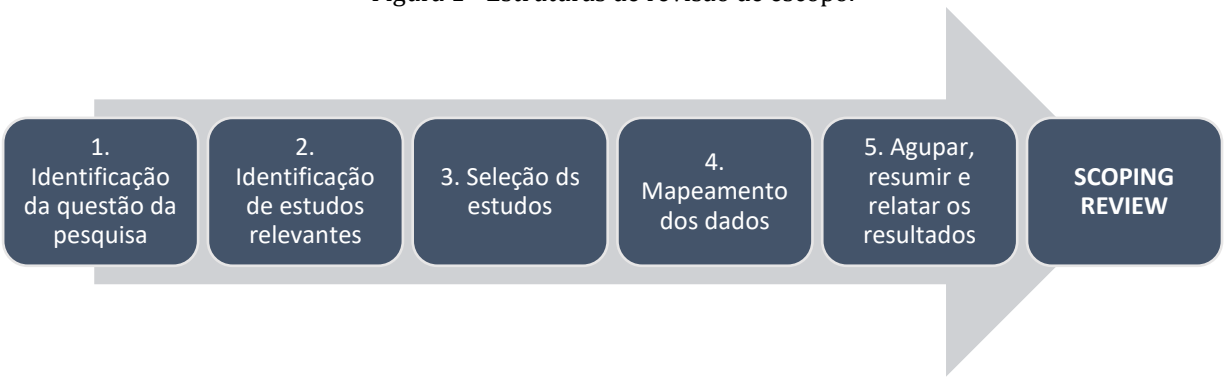
2. MÉTODO

Trata-se de uma revisão de escopo (Scoping review), delineada com base na estrutura metodológica desenvolvida pelo JBI e para a qualidade da redação deste artigo, foram seguidas diretrizes do checklist *Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews* (PRISMA-ScR). Revisão de escopo é um tipo de estudo que busca explorar os principais conceitos do tema em questão e averiguar a dimensão, o alcance e a natureza do estudo, condensando e publicando os dados, e assim apontando as lacunas de pesquisas existentes (Arksey; O'Malley, 2005).

Para isso a revisão foi desenvolvida em cinco etapas: (1) identificação da questão da pesquisa; (2) levantamento de estudos relevantes, que viabilizassem amplitude e abrangência

da revisão; (3) seleção dos estudos, conforme critérios predefinidos; (4) mapeamento dos dados; e (5) apresentação dos resultados (Figura 1).

Figura 1 - Estruturas de revisão de escopo.



Fonte: Arksey; O'Malley (2005).

Para estruturação da pergunta de pesquisa (etapa 1), utilizou-se o mnemônico PCC (População, Conceito, Contexto): o P consistiu tecnologias da informação; o C, inexistente; e o C, na vigilância epidemiológica. Desta forma, a pergunta norteadora foi: Quais conteúdos existentes na literatura sobre tecnologias da informação em saúde e suas contribuições para vigilância epidemiológica?

O protocolo de revisão do escopo deve descrever o processo de seleção da fonte para todas as etapas da seleção (com base no título, no exame do resumo e texto completo) e os procedimentos para solucionar divergências entre os revisores. A seleção é realizada com base nos critérios de inclusão pré-especificados no protocolo de revisão. Para qualquer revisão de escopo, a seleção da fonte (tanto na triagem de título e de resumo quanto na de texto completo) é realizada por dois ou mais revisores, independentemente. Quaisquer divergências são resolvidas por consenso ou por decisão de um terceiro revisor (Peters *et al*., 2020). E após concluída esta revisão será registrada no *Open Science Framework* (OSF), *Figshare e Research-Gate*), e inserir o DOI para acesso ao registro (Matos *et al*., 2023).

Foi realizada busca na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) nas bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *Medical Literature Analysis and Retrieval and system on line* (MEDLINE) e Google Acadêmico. Para coleta de dados foi realizada a seguinte estratégia de busca: (“Tecnologia em saúde” OR “Health Technology” OR “tecnologia da informação” OR “Information Technology” OR “tecnologia digital” OR “Digital Technology) AND (“sistema de informação em saúde” OR “Health Information Systems”) AND (“monitoramento epidemiológico” OR “Vigilância Epidemiológica” OR “Epidemiologic Surveillance”).

Os artigos foram selecionados inicialmente nas bases de dados pelos descritores, e os títulos foram organizados em uma planilha do *Microsoft Excel* para serem avaliados e incluídos para seleção inicial. Os critérios de inclusão para a triagem foram estudos de produção científica nacional e internacional, publicados em periódicos indexados e com revisão por pares, em português e inglês, disponíveis em texto completo online, sem limite de tempo, e que estivesse dentro da temática. Após procedeu-se a seleção pela leitura do título, onde foram excluídos os que não se adequava a temática, duplicados e que não estavam na integra. Posteriormente, foi realizada a leitura dos resumos, e os artigos que se enquadraram nos critérios de inclusão foram selecionados para leitura na integra.

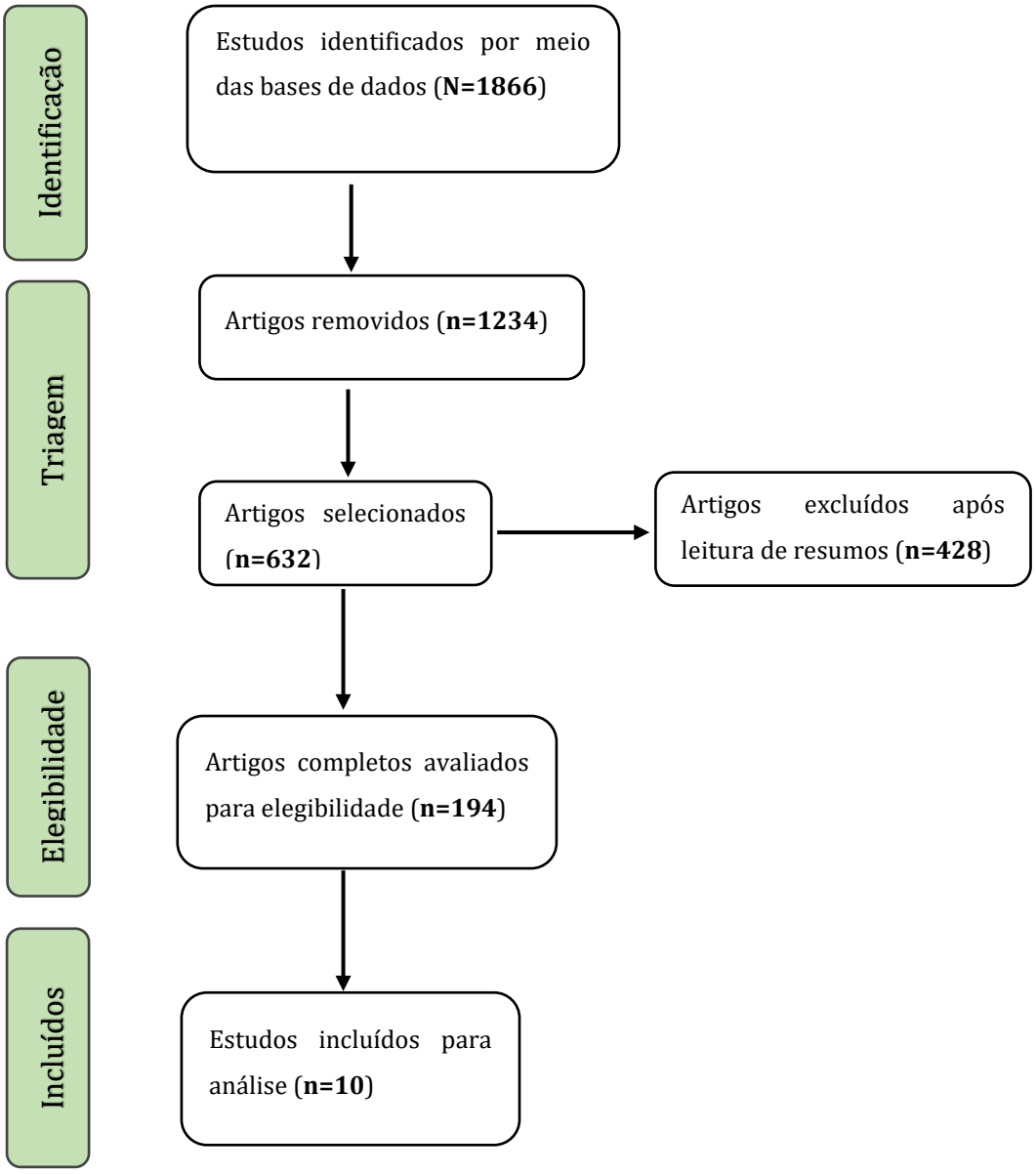
Realizada pesquisa nas referências dos artigos incluídos a fim de rastrear estudos adicionais não identificados pelas estratégias de busca. O processo de seleção dos estudos bem como a última busca, ocorreram de agosto a novembro de 2023. Os artigos foram selecionados por duas pesquisadores independentes, e as divergências foi resolvida por meio de discussão, e consenso.

O mapeamento das informações ocorreu com base no instrumento do JBI para caracterizar as produções. O quadro de extração incluiu autoria, título, ano da publicação, método, local/país de origem. A descrição da caracterização dos estudos se encontra apresentada em quadro, findando em síntese narrativa.

3. RESULTADOS

Inicialmente a pesquisa identificou 1866 estudos potencialmente relevantes para a pesquisa, dos quais 1234 foram excluídos por serem duplicados ou estarem fora da temática. Posteriormente, 632 artigos foram selecionados por estarem em consonância com a temática, destes 428 foram excluídos após a leitura dos resumos e apenas 194 foram selecionados e avaliados por completo diante dos critérios de inclusão, restando apenas 10 artigos que constituíram esta pesquisa (figura 2).

Figura 2 – Fluxograma de seleção dos artigos.



Fonte: Elaboração própria.

Quadro 1 - Caracterização das publicações.

Autoria	Título	Método	País/Local
SOUSA; SILVA; AUTRAN (2019)	Repositório DATASUS: organização e relevância dos dados abertos para a saúde em vigilância epidemiológica.	Documental exploratória	Paraíba-Brasil
BARBOSA JÚNIOR (2019)	Contribuições das tecnologias da informação e comunicação em saúde como estratégias de enfrentamento às Zoonoses.	Análise documental descritiva	Brasil
HARAYAMA (2020)	Reflexões sobre o uso da big data em modelos preditivos de vigilância epidemiológica no Brasil.	Narrativo, descritivo	Santarém-Brasil
COELHO NETO; CHIRO (2021)	Afinal, quantos sistemas de informação em saúde de base nacional existem no Brasil?	Análise documental descritiva	Brasil

Autoria	Título	Método	País/Local
GONÇALVES; MATTOS; CHANG JÚNIOR (2019).	Fatores críticos da adoção da tecnologia da informação em saúde e seu impacto na gestão: um estudo exploratório.	Qualitativa do tipo estudo de caso	São Paulo- Brasil
NASCIMENTO *et al.* (2021)	Os desafios dos sistemas de informação em enfermagem: uma revisão narrativa da literatura.	Narrativa descritiva	Brasil
NOVAES; SOARE (2020)	A avaliação das tecnologias em saúde: origem, desenvolvimento e desafios atuais, Panorama internacional e Brasil.	Narrativa; descritiva	Brasil
VASCONCELOS *et al*. (2021)	Avanços e desafios das políticas públicas de gestão das tecnologias em saúde nas américas: revisão de escopo.	Descritivo	Brasil
UCHIDA *et al.* (2020)	Percepção de profissionais de saúde sobre utilização de tecnologias de informação e comunicação.	Qualitativa do tipo descritivo	Paraná- Brasil
SILVA; ELIAS (2019)	Incorporação de tecnologias no sistema de saúde do Canada e do Brasil: perspectiva para avanços no processo de avaliação.	Exploratório descritivo	Brasil- Canadá

Fonte: Elaboração própria.

As publicações tiveram predominância de artigos em língua portuguesa de 9 (90%) e 1 (10%) em língua portuguesa e inglesa. Destaca-se a prevalência de estudos com abordagem descritiva 8 (80%), 1 (10%) qualitativa do tipo estudo de caso e 1(10%) estudo documental exploratória, assim como publicações realizadas apenas no Brasil de 9 (90%) e 1 (10%), realizada no Brasil e Canadá (Quadro 1).

Em relação ao local de origem da publicação, ressalta-se que apenas uma teve foco nacional e internacional, as demais tiveram apenas foco nacional. Porém, no tocante a regiões a metade das publicações 5 (50%), ocorreram com foco nacional, realizando-se no país (Brasil), 1 (10%) foi realizada entre Brasil e Canadá, as demais, 4 (40%) foram realizadas em cidades brasileiras (São Paulo, Paraná, Santarém, Paraíba, respectivamente) (Quadro 1). O ano com maior número de publicações relacionadas à temática foi a partir de 2019 4 (40%), as demais publicações ocorreram nos anos de 2020 e 2021 ambas compreendendo 60% das publicações 3 em 2020 e 3 em 2021 (Quadro 1).

O estudo desenvolvido pela pesquisadora fora predominantemente descritivo, acredita-se que pelo objetivo pesquisado, que propiciou identificar a contribuição de diversas vertentes e pesquisas sobre tecnologia da informação. A temática central mostrou ênfase desde a organização da tecnologia, até os desafios nos sistemas de informações, a avaliação das tecnologias, a incorporação no Brasil e sua comparação com países de primeiro mundo (Canadá), assim como a percepção dos profissionais.

4. DISCUSSÃO

As Tecnologias da Informação (TI) podem ser entendidas como a articulação de competências humanas, metodológicas e tecnológicas subsidiadas por recursos computacionais. As TIs na área da saúde podem ser sistematizadas em três grupos: processamento, armazenamento e comunicação de dados. Dentre as numerosas aplicações dessas ferramentas estão: dispositivos móveis, identificação biométrica, telemedicina, certificações digitais, vídeo monitoramento, informatização de dados, softwares, dentre várias outras. A gestão das TIs no contexto do SUS, tem a possibilidade de aumentar o acesso, a segurança, a transparência, a velocidade e o alcance das informações sobre doenças, agravos e diversas situações de saúde em setores variados, como o Controle Social, a Atenção à Saúde, a Vigilância em Saúde, a Gestão do Trabalho e a Educação na Saúde (Barbosa Júnior, 2019).

A TI enquanto prática institucionalizada, se propõe identificar e tornar explícitos conjuntos de critérios que podem contribuir para a decisão entre usos diferentes dos escassos recursos, em contextos específicos. Apoiando-se na ideia da racionalidade técnico-científica, considera evidência (informação ou conhecimento verdadeiro) especialmente o que tem base científica, define critérios para a avaliação e aplica métodos “padronizados” aos processos, buscando criar condições de legitimidade social para superar os conflitos de interesse sempre presentes na incorporação de tecnologias em sistemas de saúde (Novaes; Soarez, 2020).

Ressalta-se que, esse processo é também resultado da demanda crescente de informações em saúde que impôs a criação de mecanismos que acelerem a consolidação de informações, como a coleta adequada, o processamento prático, a análise precisa e a transmissão rápida de informações. Esses quatro processos, ocorrendo de forma organizada, operacionalizam os serviços de saúde e o planejamento adequado (Souza; Autran, 2019).

Ainda segundo Sousa e Autran (2019), partindo desse pressuposto, a utilização efetiva dos Sistema de Informação em saúde (SIS) permite a realização do diagnóstico da ocorrência de um evento na população, fornecendo inclusive, subsídios para a origem das causas do desenvolvimento das doenças/agravos e indica riscos aos quais as pessoas estão sujeitas, contribuindo assim para a identificação da realidade epidemiológica de determinada área geográfica. Tendo a VE responsabilidade por estudar os padrões de ocorrência das doenças em populações humanas e os fatores determinantes desses padrões, e estudar ainda, o processo saúde-doença, analisando a distribuição e os fatores determinantes dos agravos/enfermidades com suas particularidades geográficas.

Para Coelho Neto e Chioro (2021), o conceito de SIS de base nacional, são caracterizados pelo fato de estar (ou ter estado) aberto a receber e armazenar dados de saúde de qualquer região do país, numa base única nacional sob custódia do Estado. Esses dados podem ser enviados por estabelecimentos ou estruturas de gestão da saúde, profissionais de saúde, unidades externas ao SUS (escolas, centros de referência de assistência social, empresas etc.) ou até por cidadãos de forma isolada (no caso de um usuário que registra dados sobre sua saúde, por exemplo.

Relacionado à estrutura de gestão e suporte de TI do SIS aponta para uma significativa rede de núcleos de TI nos maiores departamentos do Ministério da Saúde, alguns criados há décadas, que exercem um papel central no desenvolvimento de sistemas estruturantes do SUS (Coelho Neto; Chioro, 2021).

As evidências utilizadas para o uso da TI um novo produto para a prevenção ou tratamento de uma doença se referem ao perfil epidemiológico da população, à frequência e gravidade da doença e às tecnologias já disponíveis, como cenário de referência para a tecnologia em questão, analisada no que se refere ao benefício clínico (sobretudo segurança e eficácia), inovação (novidade e natureza do tratamento) e potencial impacto socioeconômico (impacto na saúde pública e na perda de produtividade). Adicionalmente, analisa-se também seu potencial eficiência (custo, relação de custo-efetividade) e são feitas considerações éticas e de equidade (Novaes; Soarez, 2020).

Nesse sentido, parece-nos que a análise ética na saúde pode ser realizada a partir da bioética da proteção, que se debruça sobre a reflexão de uma bioética sanitária. A bioética da proteção tem seu quadro teórico e analítico voltado para a implementação de políticas de saúde e proteção das coletividades. Do ponto de vista da bioética da proteção, o uso consensuado de informações pessoais pode ser justificado em favor de um bem maior, como na segurança sanitária de uma população. Assim, estes procedimentos devem estar baseados na ética da saúde e analisada a partir dos seguintes tópicos efetividade, proporcionalidade, necessidade, redução de infrações e justificativa pública (Harayama, 2020).

Outro ponto importante a se destacar, e que a gestão hospitalar e os desenvolvedores de TI devem ter mais compreensão, são os fatores não-tecnológicos para melhor planejar a sua implementação. Os principais fatores são organizacionais como a falta de políticas e procedimentos adequados e plano de gestão da informação, resistência à mudança, e à análise de dados e os fatores ambientais como a falta de um órgão regulador nacional e um plano de troca de dados, falta de um sistema nacional de saúde e a carência de profissionais. Enfatizando o envolvimento da gestão como fundamental para assegurar uma implementação de impacto e

que proporcione benefícios para os usuários, bem como para os hospitais (Gonçalves; Chang Júnior, 2019).

Neste âmbito enfatizando principalmente as dificuldades e limitações dos profissionais que alimentam os SIS e trabalham diretamente com as TIs. Essa dificuldade estava relacionada principalmente à sua falta de habilidade para operar essas tecnologias. Foi observado que, em países em desenvolvimento, os profissionais de saúde enfrentam grandes desafios socioeconômicos ao mesmo tempo em que vivenciam as transformações relacionadas às tecnologias. Sendo, então, as TIs consideradas como importantes mediadoras para otimizar o uso do SIS melhorando também a tomada de decisão administrativa, a prestação de serviços aos usuários e outras mudanças. Em outro estudo, a educação permanente foi capaz de promover mudanças no processo de trabalho, de viabilizar formação crítica e reflexiva dos profissionais de saúde neste contexto (Uchida *et al.,* 2020).

Estudos também estimam que o uso concomitante de suporte informático e linguagem padronizadas no uso de tecnologias de informação forneçam informações completas e precisas, contribuindo para a qualidade dos registros. Empiricamente os profissionais compreendem a importância dos sistemas de informação, na perspectiva da otimização dos recursos, bem como na facilidade no acesso e no aumento da segurança da informação. Contudo, encontramo-nos numa fase de redução de recursos humanos, redução de orçamentos, aumento da atividade, da complexidade. Nessa perspectiva, alguns estudos definem que os sistemas de informação em saúde fornecem dados incompletos e, muitas vezes, não confiáveis, com muitos indicadores de utilidade incerta (Nascimento *et al.,* 2021).

Estes autores, propõem algumas políticas para melhorar a qualidade da mensurabilidade dos dados como: redobrar esforços para melhorar e institucionalizar o registo; realizar pesquisas sobre instalações de reforma e fortalecer os sistemas de informação; promover novas medidas de qualidade para contextos de baixos recursos; investir em dados nacionais de qualidade; e traduzir a qualidade em evidência com impacto para a política. Pois os desafios mais importantes no uso dos sistemas de informação são os fatores relacionados ao ambiente humano e aos fatores humanos, pelo que é indissociável a envolvência dos profissionais, conscientes e capacitados, que trará como reflexo um trabalho bem estruturado, planejado e organizado, com influência direta na atenção integral ao cliente, nos processos de melhoria dos sistemas de informação (Nascimento *et al.,* 2021).

Ao analisar as TIs do Brasil e Canadá, é importante enfatizar que, a TI do Canadá mostra que a incorporação de tecnologias em sistemas maduros também apresenta desafios importantes, principalmente no que se refere ao uso racional das tecnologias em saúde. No caso

brasileiro, é necessário considerar um conjunto de fatores que torna o cenário mais complexo. Em primeiro lugar, o sistema de TIs no Brasil é fortemente dependente da atuação do Ministério da Saúde, que fornece parcela significativa dos recursos financeiros (Silva; Elias, 2019).

Num contexto de crise econômica e restrição orçamentária na área da saúde, Silva e Elias (2019), relata ser pouco provável que o sistema de TI venha a ter recursos adicionais para consolidação e expansão. Em segundo, o papel desempenhado pelas decisões judiciais, as quais, embora relevantes para a democratização do acesso à saúde, revelam um perfil de pressão de demandas individuais que incidem sobre o sistema de saúde e têm obrigado o SUS a ofertar tecnologias custosas a despeito das atuais normatizações.

Complementando, em terceiro, a forte dependência externa de insumos para a saúde gerados em outros países, sem a devida avaliação dos efeitos esperados na realidade das populações que as adotarão, coloca em risco não apenas a saúde dos usuários, mas a própria sustentabilidade do SUS, que fica obrigado, na ausência de outras alternativas, a pagar os valores cobrados pelas empresas internacionais que comercializam estas tecnologias. Em quarto lugar, o sistema de TI está concentrado no nível nacional e faltam ações para expandir o uso de evidências para planejar as ações e serviços de saúde em âmbitos estadual, regional e local, gerando desequilíbrio nos investimentos e problemas de distribuição da oferta de serviços (Silva; Elias, 2019).

Salienta-se também a necessidade de desenvolver metodologias que permitam avaliação de tecnologias leves. É essencial que esses tipos de tecnologias, bem como tecnologias leve-duras, sejam reconhecidas no ambiente da incorporação tecnológica, visto que, assim como as demais, são ferramentas indispensáveis para uma prática clínica eficiente, especialmente no âmbito da prevenção de doenças e agravos. Isso porque iniciativas de implementar essas tecnologias em saúde podem ser utilizadas para facilitar a comunicação com os pacientes (Vasconcelos *et al.*, 2021).

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O uso das tecnologias de informação na área da saúde tem evoluído nas instituições de saúde brasileiras, assumindo papel relevante quer no preenchimento de indicadores, ou na realização do diagnóstico da ocorrência de um evento na população, contribuindo para a identificação da realidade epidemiológica de determinada área geográfica de uma região. As TIs cumprem o seu papel, já que funcionam como referência para aplicação de melhorias e criação de estratégias e outras ferramentas nos estabelecimentos de saúde.

Entre os estudos selecionados para esta revisão, mostraram destaque desde a organização das tecnologias, até os desafios nos sistemas de informações, a avaliação e a incorporação no Brasil e sua comparação com países de primeiro mundo (Canadá), assim como a percepção dos profissionais. O que nos permitiu identificar dentre as contribuições para a vigilância epidemiológica as elencadas como mais importantes instrumentalização e organização de sistemas, para registro e análise dos dados a seguir: perfil epidemiológico da população, à frequência e gravidade de determinada doença, análise do uso de determinada medicação nessa população e as implicações e custo x benefício.

O estudo apresentou como limitação a escassa literatura relacionada diretamente a temática, assim como a não realização de estudos com foco na correlação da Vigilância Epidemiológica com as tecnologias de informação em saúde.

É assim relevante o reconhecimento desta lacuna existente, o que permite sugerir futuras investigações neste âmbito, com vista ao aprofundamento do fenómeno em análise e consequente melhoria da prática instituída.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, D. *et al.* Como as tecnologias de informação e comunicação podem revolucionar a saúde e a medicina. **Rev Cien E-Locução**, v.1, n.15, p.23, 2023.

ARKSEY, H; O'MALLEY, L. Scoping studies: towards a methodological framework. **Int J Soc Res Method.**, v. 8, n. 1, p. 19-32, 2005.

BARBOSA JÚNIOR, A.S. *et al.* Contribuições das Tecnologias da Informação e Comunicação em Saúde como Estratégias de Enfrentamento às Zoonoses. **Rev Saúde Dig Tecnol Educ.,** v. 5, n. 2, p,14-9, 2020.

BATISTA P.C.P. *et al.* A inovação tecnológica como ferramenta para monitoramento da saúde dos trabalhadores de enfermagem. **Rev Esc Enferm USP**, v.45, p.1621-6, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 2.529, de 23 de novembro de 2004:** institui o Subsistema Nacional de Vigilância Epidemiológica em Âmbito Hospitalar. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF) 2004 Nov 23. Disponível em: http://www.lex.com.br/doc_362041.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Guia de Vigilância **Epidemiológica - Emergências de Saúde Pública de Importância Nacional pela Doença pelo Novo Coronavírus 2019**. v. 3. Brasília: Ministério da Saúde, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Guia de vigilância epidemiológica / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. 7. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 816 p.

COELHO NETO, G. C.; CHIRO A.; Afinal, quantos sistemas de informação em saúde de base nacional existem no Brasil? **Cad. Saúde Pública,** v.37, n.7, 2021.

DANTAS, D.I. *et al.* Contribuição do núcleo de vigilância epidemiológica em uma unidade de pronto atendimento para a notificação compulsória de agravos**. Rev Bra de Cien Saúde**, v.18, n.1, p.21-6, 2014.

GONÇALVES, M. J.; MATTOS, C. A.; CHANG JUNIOR, J. Fatores Críticos de Adoção da Tecnologia da Informação (TI) em Saúde e o seu Impacto na Gestão: um estudo exploratório. **GEPROS**, v. 14, n.3, p. 209 - 221, 2019.

HARAYAMA, R.M. Reflexões sobre o uso do big data em modelos preditivos de vigilância epidemiológica no Brasil. **Cad Ibero-Am Direito San,** v.9, n.3, p.153-65, 2020.

JBI. **The Joanna Briggs Institute reviewers manual 2015:** methodology for JBI scoping reviews. 2015. Disponível em: https://repositorio.usp.br/item/002775594. Acesso em: 10 jul. 2023.

MATTOS, S. M.; CESTARI, V. R. F..; MOREIRA, T. M. M.. Scoping protocol review: PRISMA-ScR guide refinement. **Rev Enferm UFPI**, [S. l.], v. 12, n. 1, 2023.

NASCIMENTO T. *et al.* Os desafios dos sistemas de informação em enfermagem: uma revisão narrativa da literatura. **Ciênc. Saúde Colet.**, v.26, n.2, 2021.

NOVAES, H.M.D.; SOAREZ, P.C.; A avaliação das tecnologias em saúde: origem, desenvolvimento e desafios atuais, Panorama internacional e Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v.36, n.9, 2020.

PETERS, M.D.J. *et al.* Capítulo 11: Scoping Reviews (versão 2020). In: Aromataris E, Munn Z (Editores). JBI Manual for Evidence Synthesis , **JBI,** 2020.

SERRAVALE, K.M.L. *et al.* Incorporação de tecnologias digitais nas estratégias de apoio à renast-ba durante a pandemia da covid-19. **Rev Baiana Saúde Pública**., v.45, n.1, 2021.

SILVA, H. P. D.A; ELIAS, F. T. S.. Incorporação de tecnologias nos sistemas de saúde do Canadá e do Brasil: perspectivas para avanços nos processos de avaliação. **Cad Saúde Pública**, v. 35, p. e00071518, 2019.

SOUSA, S.P.M.; AUTRAN, M.M.M; Repositório DATASUS: organização e relevância dos dados abertos para a saúde em vigilância epidemiológica. **P2P Inovação**, v. 6 n. 1, p.50-59, 2019.

TRICCO, A. C. *et al.* A scoping review on the conduct and reporting of scoping reviews. **BMC medical research methodology**, v. 16, n. 1, p. 15, 2016.

UCHIDA, T. H. *et al.* Percepção de profissionais de saúde sobre utilização de tecnologias de informação e comunicação. **Revista Sustinere,** v.8, n.1, p.4–22, 2020.

VASCONCELOS, M.N.; et al.; Avanços e desafios das políticas públicas de gestão das tecnologias em saúde nas américas: revisão de escopo. **Ciênc Cuid Saúde**, v.20, 2020.

CAPÍTULO 13

DESAFIOS PARA SUSTENTABILIDADE ECONÔMICA DO SUS DURANTE A PANDEMIA DA COVID- 19: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

DOI: 10.51859/amplla.gsi925.1125-13

Daniele da Silva Araújo
Caroline Monique Rego Chagas Dantas
Cícera Tavares de Lucena
Andrea Cavalcante Macedo
Antônio Augusto Ferreira Carioca
Maria Salete Bessa Jorge
Virna Ribeiro Feitosa Cestari

1. INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) representa uma conquista significativa no cenário de saúde brasileiro, sendo instituído pela Constituição Federal de 1988 para promover a democratização do sistema de saúde no país. Ao longo dos anos, o SUS desempenhou um papel crucial na promoção da saúde e no acesso equitativo à assistência médica para todos os cidadãos brasileiros.

Uma das maiores realizações do SUS é a ampliação do acesso à saúde, proporcionando uma variedade de serviços, como consultas médicas, internações hospitalares, procedimentos cirúrgicos, medicamentos e programas preventivos. Essa expansão contribuiu para a redução das barreiras ao atendimento de saúde, especialmente para a população carente (Giovanella *et al.*, 2015).

O SUS foi concebido para abordar as desigualdades no acesso à saúde que existiam antes de sua criação. A Constituição de 1988 estabeleceu princípios fundamentais, guiando o SUS, incluindo:

- **Universalidade:** Garantindo igualdade de acesso aos serviços de saúde para todos os brasileiros, independentemente de sua condição socioeconômica (Paim *et al.*, 2011).
- **Integralidade:** Buscando oferecer atenção abrangente à saúde, desde a prevenção até o tratamento e reabilitação, com foco no bem-estar do paciente (Giovanella *et al.*, 2015).
- **Equidade:** Procurando reduzir as desigualdades em saúde, priorizando o atendimento das populações mais vulneráveis e historicamente excluídas (Sousa *et al.*, 2018).

- **Participação Social:** Promovendo a participação ativa da comunidade na gestão das políticas de saúde, através de conselhos de saúde e outras instâncias de participação (Viacava, 2008).

O SUS é estruturado em esferas federal, estadual e municipal, permitindo a descentralização da gestão e transferências intergovernamentais para ações de saúde. Quanto ao financiamento, o sistema é sustentado por diversas fontes, como o Orçamento Geral da União, impostos (como Imposto de Renda, IPI, IOF, ICMS), contribuições sociais (Cofins, CSLL) e recursos de doações, cooperações internacionais e parcerias público-privadas (Vianna; Costa, 2018).

A pandemia de COVID-19, iniciada em 2019, teve repercussões globais significativas, sobrecarregando sistemas de saúde em todo o mundo. No contexto brasileiro, a pesquisa sobre os desafios enfrentados pelo SUS durante essa pandemia é crucial para informar políticas de saúde, melhorar a capacidade do sistema em lidar com crises e assegurar o acesso a cuidados de saúde de qualidade para a população.

O objetivo deste estudo é levantar os desafios específicos relacionados à sustentabilidade financeira e equidade enfrentados pelo SUS durante a pandemia da COVID-19.

2. MÉTODO

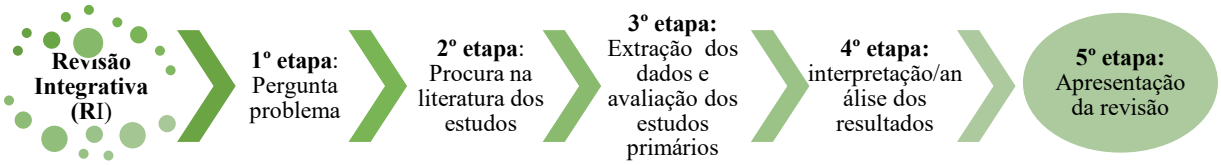
A pesquisa em questão refere-se a uma Revisão Integrativa (RI) de literatura, que se caracteriza pela síntese e integração de resultados de estudos com diferentes metodologias e fontes de dados, visando responder a uma pergunta de pesquisa específica. Esse processo envolve a extração e síntese dos dados desses estudos em uma análise temática, com o propósito de identificar padrões e lacunas na literatura existente (Mendes; Silveira; Galvão, 2008; Souza; Silva; Carvalho, 2010).

A condução desta revisão seguiu as cinco etapas propostas por Whittemore e Knafl (2005), a saber:

1. **Identificação da pergunta problema:** Esta etapa envolveu a formulação clara e específica da pergunta de pesquisa a ser abordada pela revisão integrativa.
2. **Procura dos estudos na literatura:** Nesta fase, realizou-se uma busca sistemática na literatura, utilizando critérios predefinidos para a inclusão dos estudos pertinentes à questão de pesquisa.
3. **Extração dos dados e avaliação dos estudos primários:** Os dados relevantes dos estudos incluídos foram extraídos de maneira sistemática, e uma avaliação crítica da qualidade dos estudos primários foi conduzida conforme critérios estabelecidos.

4. **Interpretação/Análise dos resultados:** Os dados extraídos foram analisados de forma a identificar padrões, tendências e lacunas na literatura, proporcionando uma visão integrada das descobertas dos estudos incluídos.
5. **Apresentação da revisão:** Por fim, os resultados da revisão foram apresentados de maneira clara e organizada, utilizando-se recursos visuais, como uma figura, para facilitar a compreensão do leitor.

Figura 1 - Etapas da revisão integrativa da literatura.



Fonte: Adaptado de Whittimore e Knafl (2005).

A questão de pesquisa elaborada para conduzir esta revisão foi delimitada da seguinte forma: "Quais são os desafios enfrentados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) para manter a sustentabilidade financeira durante a pandemia da Covid-19?" Para a construção dessa questão, adotou-se a estratégia PICO, na variação PICo, para delimitar os estudos primários, onde P representa a população ou problema (sustentabilidade econômica do SUS), I refere-se à intervenção ou interesse (desafios enfrentados pelo SUS), e Co representa o contexto (pandemia da Covid-19).

A busca bibliográfica, centrada nessa problemática, foi realizada online em bases de dados como o Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE) e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) por meio da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), Scientific Electronic Library Online (SCIELO), e a literatura cinzenta foi obtida através do Google Acadêmico.

A estratégia de busca envolveu o uso de equações específicas para cada base de dados, e os descritores foram combinados por meio de operadores booleanos (OR e AND). Os descritores utilizados foram extraídos do DesCS/MeSH e incluíram termos como "Covid 19", "Sustentabilidade" e "SUS". Para assegurar a autenticidade da pesquisa, as autoras realizaram a busca dos artigos em pares, testando diferentes equações de busca. As equações de busca empregadas foram detalhadamente apresentadas no Quadro 1.

Quadro 1 - Equações de buscas e respectivas bases de dados.

BASE DE DADOS	EQUAÇÕES DE PESQUISA
MEDLINE	(Covid19) AND (Sustainability) AND (SUS)
LILACS	(Covid 19) AND (Sustentabilidade) AND (SUS)
SCIELO	(Covid-19) AND (Sustentabilidade) AND (SUS)
Google Acadêmico	(Covid-19) AND (Sustentabilidade) AND (SUS)

Fonte: Elaboração própria.

A busca pelos artigos foi realizada em setembro de 2023, e a avaliação e análise dos resultados ocorreram nos meses de outubro e novembro de 2023.

Os critérios de inclusão adotados para a seleção dos estudos primários foram os seguintes: os estudos deveriam contemplar o objetivo proposto, ser escritos e publicados no período de 2020 a 2023, estar disponíveis integralmente em português e abordar a temática em questão. Foram excluídos artigos duplicados, aqueles que não abordavam a temática proposta, os indisponíveis, assim como artigos de carta ao editor, dissertações, monografias e teses.

A primeira etapa de seleção envolveu a busca inicial nas bases de dados utilizando os descritores especificados. Os títulos dos artigos foram organizados em uma planilha do Microsoft Excel para facilitar a avaliação e seleção inicial.

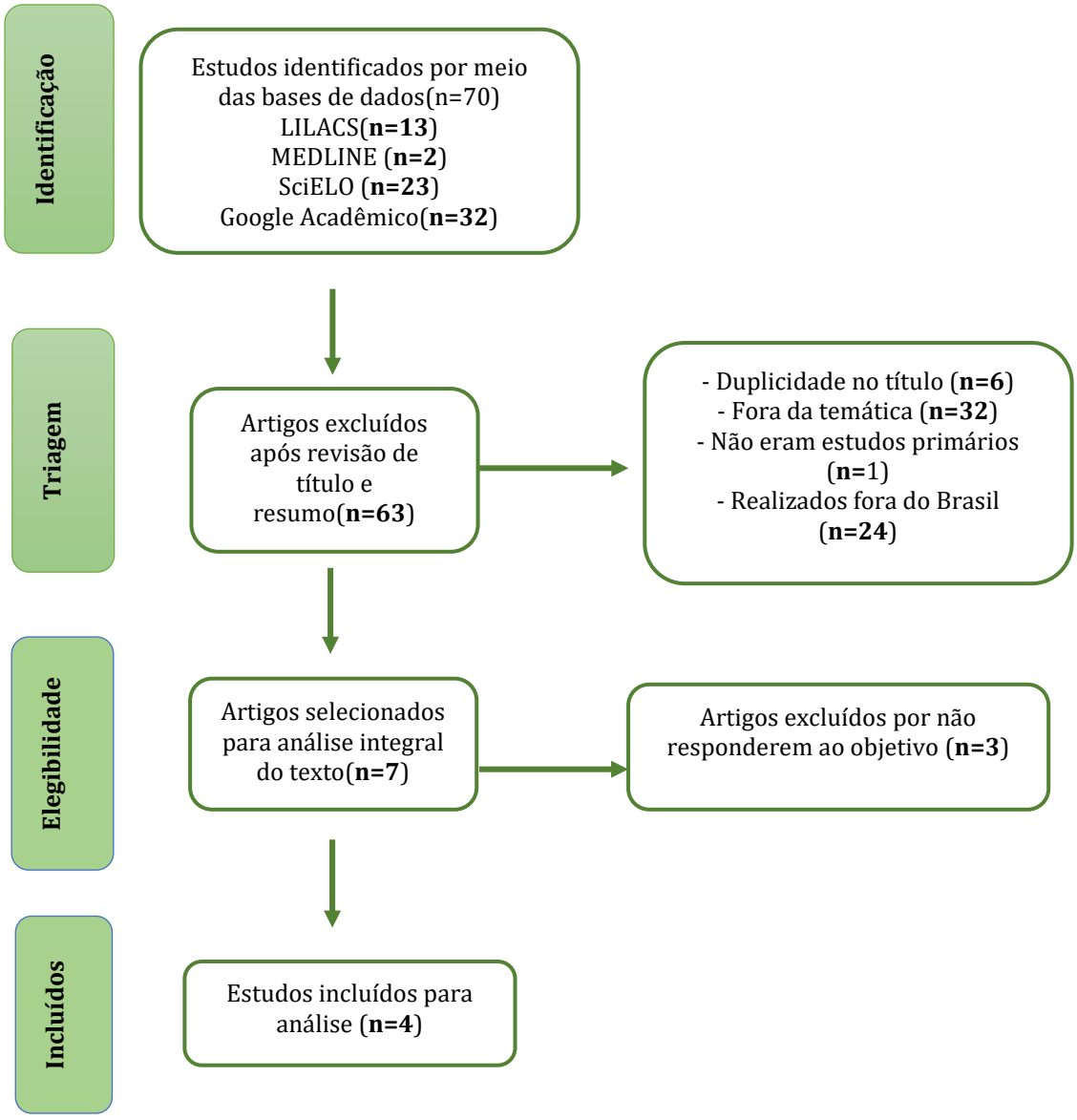
A análise dos artigos procedeu de forma qualitativa e descritiva. A interpretação dos resultados deu-se por meio da leitura crítica e fichamento dos artigos selecionados.

Para caracterizar os estudos quanto à execução e à divulgação dos resultados, foram utilizadas as seguintes variáveis: a investigação deveria ter sido realizada no Brasil, em qualquer região, durante o período da pandemia de Covid-19 até o momento da pesquisa.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Do total de 70 produções identificadas nas bases de dados, obtiveram-se 13 publicações na LILACS, 02 na MEDLINE, 23 na SciELO, e *Google* Acadêmico, 32. Posteriormente, foram excluídas 6 por repetição/duplicada, 32 publicações após análises dos títulos, 1 por não ser estudo primário e 24 por serem realizados fora do Brasil. Após leitura na íntegra de 7 artigos, 4 estudos mantiveram-se na revisão. O processo de seleção dos estudos está representado no fluxograma da figura 2.

Figura 2 – Fluxograma de seleção dos artigos.



Fonte: Elaboração própria.

O Brasil, ao longo das últimas três décadas, construiu e consolidou um dos maiores sistemas públicos de saúde globalmente, o Sistema Único de Saúde (SUS). Essa iniciativa representou um marco nas políticas sociais do país, proporcionando acesso a serviços de saúde a milhões de brasileiros anteriormente desprovidos de cobertura. A expansão da rede pública de serviços de saúde, notadamente a Estratégia de Saúde da Família (ESF), desempenhou um papel crucial na eficiência da Atenção Primária à Saúde (APS), impactando positivamente a cobertura, o acesso e os indicadores de saúde da população (Macinko; Mendonça, 2018).

Uma agenda de eficiência para o SUS tem que enfrentar desafios estruturais, muitos deles exacerbados durante a pandemia da COVID-19, por exemplo: (I) Racionalizar a oferta e a gestão dos serviços ambulatoriais e hospitalares para maximizar escala, qualidade e eficiência

e incentivar o acesso ao sistema e o poder ordenador da APS; (II) Melhorar a integração e a coordenação dos cuidados dentro do SUS, por meio da implantação de redes integradas de atenção à saúde (RAIS); e (III) Aumentar o desempenho dos serviços e da força de trabalho em saúde com expansão e melhor distribuição da oferta de profissionais, qualificação sistemática, mudanças nas relações contratuais de trabalho e introdução de tecnologias e incentivos para aumentar a produtividade dos profissionais. Essas reformas têm por objetivo aumentar a eficiência, a efetividade, e a qualidade dos serviços do SUS, de forma a garantir a sua sustentabilidade a médio e longo prazo.

Melhorar a eficiência do gasto público com saúde é particularmente importante no contexto atual de baixo crescimento econômico e fortes restrições fiscais no ambiente pós-pandemia. Ganhos de eficiência podem ser alcançados com estratégias como ganhos de escala na estrutura e operação dos hospitais, integração do cuidado em redes de atenção à saúde, melhor distribuição da força de trabalho em saúde, mudança nos mecanismos e incentivos para vincular os pagamentos aos provedores e profissionais aos resultados de saúde, e inovações na gestão dos provedores de serviços de saúde.

O Sistema Único de Saúde (SUS) apresenta um papel estratégico no cotidiano da população, especialmente em situações de emergências e desastres. A gestão do risco de desastres, abrangendo diversas fases como prevenção/mitigação, preparação, resposta e recuperação, requer ações específicas em níveis governamentais e não governamentais, envolvendo a sociedade e a integração das esferas federal, estadual e municipal do SUS.

Durante a pandemia, o Brasil ressaltou questões relacionadas ao acesso a recursos de proteção social, serviços públicos de saúde, emprego, renda, transporte e moradia. A passagem por esse desastre possibilita a sociedade repensar um futuro melhor para todos, com menores riscos e com foco nos direitos humanos.

Estrela *et al.* (2022) ressalta a importante influência da pandemia de COVID-19 no Brasil, abrangendo aspectos econômicos, sociais, educacionais e de saúde. O Sistema Único de Saúde (SUS) enfrentou desafios, especialmente relacionados à superlotação de leitos hospitalares, a falta de capacidade de atendimento, violando os princípios constitucionais da universalidade e integralidade, além de questões de gestão e recursos.

De acordo com Pereira e Fernandes (2020), os critérios de repasse ao SUS não sofreram mudanças significativas, o que intensificou a desigualdade no sistema, além de não fazer significativas conexões com fatores epidemiológicos ou sociais. Existe carência de planejamento das regras que definem a distribuição dos recursos para o financiamento do sistema de saúde brasileiro.

Para mitigar as consequências da pandemia, são necessários ajustes imediatos no sistema de saúde, com objetivo de aumentar a oferta de serviços e atender à demanda excepcional das pessoas infectadas e necessitadas de um leito, de estrutura e equipamentos. O SUS também deve fortalecer as ações de vigilância epidemiológica, de promoção da saúde e de proteção social.

Portanto, o SUS requer planejamento estratégico, interação e articulação da rede assistencial em seus diferentes níveis e atores. Três medidas estratégicas são fundamentais: a instituição de sala de situação, a integração e interação de atores e a implementação de um plano estratégico emergencial para garantir a assistência à saúde com segurança e resolutividade.

Destaca-se a necessidade de uma gestão de risco de desastres baseada em processos, incorporando práticas transversais em saúde que considerem as condicionantes sociais e econômicas. O alinhamento com instrumentos internacionais, como o Marco de Sendai para Redução do Risco de Desastres e os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável, é considerado fundamental.

Ainda conforme os autores, diante do tamanho da crise imposta pela pandemia, não houve mudança qualitativa no desenho das regras de financiamento, o que intensificou também os problemas de subfinanciamento. O problema da fragilidade do financiamento dos serviços prestados pelo SUS é recorrente, principalmente com um cenário de pandemia causada por uma doença nova, onde o desafio é ainda maior. Para mitigar as consequências da pandemia, são necessários ajustes imediatos no sistema de saúde, com objetivo de aumentar à oferta de serviços e atender a demanda excepcional das pessoas infectadas e necessitadas de um leito, de estrutura e equipamentos. O SUS também deve fortalecer as ações de vigilância epidemiológica, de promoção da saúde e de proteção social.

Antes da pandemia de COVID-19, o SUS já estava sobrecarregado por limitações orçamentárias crônicas. Essas restrições impactaram a capacidade do sistema de fornecer cuidados de saúde de alta qualidade e ampliar o acesso a toda a população. A pandemia amplificou essas limitações, destacando a importância de abordar questões de financiamento e sustentabilidade para fortalecer o sistema de saúde no Brasil.

O enfrentamento eficaz da pandemia de COVID-19 requer um aumento significativo no orçamento destinado à saúde. A pandemia sobrecarregou os sistemas de saúde em todo o mundo, levando à necessidade de expansão da quantidade de leitos de UTI; Aquisição de Equipamentos de Proteção Individual (EPIs) e Insumos Médicos; Desenvolvimento e

Distribuição de Vacinas; Ampliação da Testagem e Rastreamento de Contatos; Investimento em pesquisa científica e monitoramento epidemiológico.

A hospitalização e tratamento de pacientes com COVID-19, especialmente aqueles com complicações graves, representam um ônus financeiro significativo para os sistemas de saúde (Docherty *et al.*, 2020).

Para conter a propagação do vírus, foi necessário implementar programas de testagem em massa e rastreamento de contatos. Essas atividades exigiram recursos significativos em termos de pessoal e infraestrutura de laboratório (Peeling *et al*., 2021).

Muitos pacientes com COVID-19 desenvolveram complicações respiratórias graves e precisaram de tratamento em UTIs. Isso resultou na necessidade de criar UTIs temporárias e realocar recursos hospitalares para atender a demanda (Rochwerg *et al*., 2020).

A vacinação em massa contra a COVID-19 também gerou uma demanda significativa por serviços de saúde. A administração de vacinas em grande escala exigiu infraestrutura e pessoal adequados (Olliaro *et al*., 2021).

A pandemia teve um impacto indireto na demanda por serviços de saúde, pois a atenção à COVID-19 muitas vezes se sobrepujava ao tratamento de outras condições médicas, incluindo doenças crônicas (Horton, 2020).

As crises econômicas têm o potencial de reduzir a arrecadação de recursos para o financiamento da saúde, ao mesmo tempo em que aumentam a demanda por serviços de saúde. Isso cria desafios significativos para os sistemas de saúde, incluindo o SUS, em sua capacidade de atender às necessidades da população.

Durante crises econômicas, a receita fiscal do governo tende a diminuir devido à redução da atividade econômica, do consumo e dos lucros das empresas. Isso impacta diretamente a capacidade do governo de alocar recursos para a saúde (Atun *et al*., 2015).

Crises econômicas frequentemente levam ao aumento do desemprego, o que, por sua vez, resulta na diminuição das contribuições sociais, como a Previdência Social. Isso afeta negativamente a arrecadação de recursos para a saúde (Oliveira, 2016).

Com a redução da receita durante crises econômicas, os governos podem enfrentar pressão para reduzir os gastos em saúde, o que impacta diretamente os sistemas de saúde, a capacidade de investimento e a expansão dos serviços (Stuckler *et al*., 2011).

Portanto as crises econômicas muitas vezes levam ao aumento da demanda por serviços de saúde pública devido ao aumento do desemprego, pobreza e estresse econômico. Isso coloca uma pressão adicional sobre o sistema de saúde (Karaca-Mandic *et al*., 2012).

Durante a pandemia de COVID-19, o governo brasileiro tomou várias medidas para alocar recursos adicionais ao Sistema Único de Saúde (SUS). Essas medidas foram cruciais para fortalecer o sistema de saúde e garantir atendimento adequado aos pacientes com COVID-19.

O governo federal liberou recursos extraordinários para o combate à pandemia, incluindo aportes adicionais para o Fundo Nacional de Saúde. Isso ajudou estados e municípios a expandirem a capacidade de atendimento (Barreto *et al*., 2019). A liberação de recursos adicionais foi eficaz em permitir aquisição de equipamentos médicos, contratação de pessoal e expansão da capacidade de leitos.

Para atender ao aumento da demanda, o governo autorizou a criação de leitos de UTI temporários em hospitais de campanha e outras instalações de saúde (Docherty *et al*., 2020). A criação de leitos de UTI temporários permitiu a hospitalização de pacientes graves e ajudou a aliviar a pressão sobre os hospitais tradicionais.

Recursos adicionais foram direcionados para pesquisa científica e desenvolvimento de vacinas, incluindo parcerias com instituições de pesquisa e farmacêuticas (Olliaro *et al*., 2021). Esses investimentos contribuíram para o desenvolvimento de vacinas nacionais e internacionais, acelerando a resposta à pandemia.

O governo implementou programas de auxílio emergencial para fornecer apoio financeiro a famílias em situação de vulnerabilidade econômica durante a pandemia (Zwetsch, 2020). Os programas de auxílio emergencial ajudaram a aliviar a situação econômica de muitas famílias afetadas pela crise.

As medidas tomadas pelo governo para alocar recursos adicionais ao SUS durante a pandemia foram, em sua maioria, eficazes em fortalecer o sistema de saúde e fornecer suporte à população. No entanto, enfrentaram desafios na distribuição equitativa de recursos e na continuidade das ações de apoio econômico. A pandemia destacou a importância de planejamento estratégico e investimentos contínuos na saúde pública.

A falta de recursos durante a pandemia de COVID-19 teve consequências significativas na qualidade e acessibilidade dos serviços de saúde prestados pelo SUS. O impacto foi desigual, afetando de forma mais acentuada as camadas vulneráveis da população. A pandemia ressaltou a necessidade de investimentos contínuos na saúde pública para garantir a capacidade do SUS de fornecer assistência de qualidade a todos os brasileiros.

3.1. Consequências da Falta de Recursos no SUS:

- A falta de recursos afetou a qualidade do atendimento nos serviços de saúde, com relatos de falta de leitos, escassez de equipamentos médicos e sobrecarga de profissionais de saúde (Docherty *et al.*, 2020).
- Pacientes enfrentaram atrasos no atendimento devido à saturação dos serviços de saúde, o que impactou negativamente o tratamento de doenças não relacionadas à COVID-19 (Gupta *et al.*, 2020).
- A falta de recursos exacerbou as desigualdades na assistência à saúde, com áreas mais vulneráveis sofrendo um impacto desproporcional devido à falta de infraestrutura e acesso limitado a serviços (Ribeiro *et al.*, 2020).

Reformas estruturais no SUS são cruciais para garantir sua sustentabilidade econômica a longo prazo. Investimentos em infraestrutura, treinamento de pessoal e sistemas de informação são componentes-chave para melhorar a qualidade dos serviços de saúde, ampliar o acesso e assegurar que o SUS possa atender às necessidades da população brasileira no futuro.

A infraestrutura de saúde no Brasil precisa de investimentos significativos para aprimorar a capacidade de atendimento, incluindo a construção e a manutenção de hospitais, unidades de saúde, laboratórios e centros de pesquisa (PAIM *et al.*, 2011) (Giovanella *et al.*, 2011)

Investir em treinamento e capacitação de profissionais de saúde é essencial para garantir que o SUS possa contar com uma força de trabalho qualificada e preparada para lidar com desafios complexos de saúde (Barreto *et al.,* 2019; Paim; Almeida Filho, 1997).

Sistemas de informação de saúde robustos são fundamentais para a gestão eficiente do SUS. A coleta, análise e disseminação de dados precisos são essenciais para tomar decisões embasadas e melhorar a eficácia dos serviços de saúde (Giovanella; Mendonça, 2018; Alves; Casotti; Oliveira, 2016).

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Durante a pandemia de COVID-19, o Sistema Único de Saúde (SUS) enfrentou desafios financeiros significativos, colocando em risco sua capacidade de atender plenamente às necessidades da população brasileira. A escassez de recursos impactou a qualidade e a acessibilidade dos serviços de saúde, resultando em disparidades no atendimento, especialmente para as camadas mais vulneráveis da sociedade. Experiências internacionais

evidenciam que a coordenação entre serviços públicos e privados, investimentos em infraestrutura, treinamento de pessoal, sistemas de informação eficazes, testagem em massa, rastreamento de contatos e medidas rigorosas de contenção são estratégias bem-sucedidas na resposta à pandemia.

Entretanto, torna-se claro que a garantia da sustentabilidade econômica do SUS é uma prioridade incontestável para a saúde pública no Brasil. São necessárias reformas estruturais, incluindo investimentos em infraestrutura de saúde, capacitação de profissionais de saúde e adoção de sistemas de informação modernos e eficazes. As lições aprendidas com outras nações enfatizam a importância da ação coordenada, do investimento em pesquisa científica e do foco na prevenção e contenção da doença.

É crucial que o Brasil encare o desafio de assegurar recursos adequados para o SUS a longo prazo. A pandemia de COVID-19 ressalta que a saúde pública não é um gasto, mas um investimento crucial no bem-estar de nossa população. À medida que o Brasil enfrenta as complexidades de uma crise sanitária sem precedentes, a sustentabilidade econômica do SUS deve ser uma prioridade inabalável.

REFERÊNCIAS

ALVES, R. D. S.; CASOTTI, C. A.; OLIVEIRA, V. C. Dificuldades de acesso a serviços de saúde em um município do interior do estado da Bahia, Brasil, em cenário de violência. **Cad Saúde Pública**, v. 32, n. 2. 2016.

ATUN, R. et al. Universal health coverage in Turkey: enhancement of equity. **Lancet**, v. 387, n.10013, p. 1693-1705. 2015.

BARATA, R. B. **A saúde pública e o SUS.** In R. B. Barata & C. R. de Castilho (Eds.), Saúde e sociedade no Brasil: passado, presente e futuro. Editora Fiocruz. 2007.

BARRETO, M. L., et al. (2019). Desafios para a saúde coletiva no Brasil no século 21. **The Lancet**, v, 394, p. 10197, 1991-2002.

DOCHERTY, A. B. et al. Features of 20 133 UK patients in hospital with covid-19 using the ISARIC WHO Clinical Characterisation Protocol: prospective observational cohort study. **BMJ**, v. 369, p. 1985. 2020.

DONG, Y. et al. A systematic review of SARS-CoV-2 vaccine candidates. **Sig Transd Targ Ther**, v. 5, n. 1, p. 1-14. 2020.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M. Regionalização e acesso à saúde nos estados brasileiros: condicionantes históricos e político-institucionais. **Gestão Saúde**, v. 11, n. 1, p. 49-78. 2018.

GIOVANELLA, L. et al. Os Cem Anos da Reforma Sanitária Brasileira e o Sistema Único de Saúde. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 20, n. 11, p. 3331-3344. 2015.

GUPTA, R.; BUSH, B.; DORAN, K. Surge in Telehealth Use During the Pandemic. Healthcare: **J Deliv Science Innovation**, v. 8, n. 4, p. 100491. 2020.

HORTON, R. Offline: COVID-19 is not a pandemic. **The Lancet**, v. 396, v. 10255, p. 874. (2020).

JOHNS HOPKINS UNIVERSITY. (2023). **COVID-19**. Dashboard.

KARACA-MANDIC, P.; NORTON, E. C.; DOWD, B. Interaction terms in nonlinear models. **Health Services Research**, v. 47, n. 6, p. 2553-2577. 2012.

LEE, Y.; YOON, I. The South Korean Government's Response to the COVID-19 Outbreak and Lessons Learned. **Multidisc Dig Publishing Institute**, v. 8, n. 3, p. 229. 2020.

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.

OLIVEIRA, M. A. The Impact of the Economic Crisis on the Health Systems of Brazil and Cuba. **Saúde Pública**, v. 50, n. 35. 2016.

OLLIARO, P.; TORREELE, E.; VAILLANT, M. COVID-19 vaccine efficacy and effectiveness—the elephant (not) in the room. **Lancet Microbe**, v. 2, n. 7, p. e279-e280. 2021.

PAIM, J. S.; ALMEIDA FILHO, N. A crise da saúde pública e a utopia da saúde coletiva. **Casa Qual**. Salvador, 1997.

PAIM, J. S.; TEIXEIRA, C. F.; ALMEIDA, C. Saúde coletiva: uma "nova saúde pública" ou campo aberto a novos paradigmas? **Rev Saúde Pública**, v. 45, n. 4, 750-756. 2011.

PEELING, R. W. et al. Scaling up COVID-19 rapid antigen tests: promises and challenges. **Lancet Infectious Diseases**, n. 21, v. 8, p. e290-e295. 2021.

RIBEIRO, H.; NASCIMENTO, M. M.; MELO, R. S. Desigualdades sociais e acessibilidade aos serviços de saúde na pandemia de COVID-19. **Cad Saúde Pública**, v. 36, n. 8. 2020.

ROCHWERG, B. et al. The role for high flow nasal cannula as a respiratory support strategy in adults: a clinical practice guideline. **Int Care Medicine**, v. 46, n. 12, p. 2226-2237. 2020.

SHAH, A. S. et al. Effect of vaccination on transmission of COVID-19: an observational study in healthcare workers and their households. **Med Rev XIV**., v. 3, n 6, p. 123-125. 2021.

SOUZA, M. T.; SILVA, M. D.; CARVALHO, R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. **Rev Einstein,** v. 8, n.1, p. 102-6, 2010.

STUCKLER, D.; BASU, S.; MCKEE, M.; KING, L. Mass media and public health: complex determinants of crisis impact. **British Med J**, v. 342, p. 2227. 2011.

THE LANCET. COVID-19 in the UK: a public health and scientific fiasco. **Lancet**, v. 395(10231), p. 1254. 2020.

VIANNA, L. A.; COSTA, S. M. F. (2018). **Financiamento federal no Brasil**. In I. Cardoso, C. S. B.; Aragão, R. B. (Eds.), Saúde e federalismo no Brasil (pp. 41-72). Editora Fiocruz.

WANG, C. J.; NG, C. Y.; BROOK, R. H. Response to COVID-19 in Taiwan: big data analytics, new technology, and proactive testing. **JAMA**, v. 323, n. 14, p. 1341-1342. 2020.

WHITTEMORE, R; KNAFL K. The integrative review: updated methodology. **J Adv Nurs**. v. 52, n. 5, p. 546-53.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19**. 2020.

ZHU, N. et al. A novel coronavirus from patients with pneumonia in China, 2019. **N Eng J Medicine**, v. 382, n. 8, p. 727-733. 2020.

ZWETSCH, R. The Politics of Welfare in Brazil during the COVID-19 Pandemic. **J Social Policy**, v. 1, n. 17. 2020.

CAPÍTULO 14

CONSÓRCIOS PÚBLICOS DE SAÚDE NO BRASIL: REVISÃO INTEGRATIVA SOBRE SUA IMPLANTAÇÃO E ESTRUTURAÇÃO

DOI: 10.51859/amplla.gsi925.1125-14

Ana Alice Fernandes de Castro Medeiros Falcão
Thereza Maria Magalhães Moreira

1. INTRODUÇÃO

Consórcios Públicos são arranjos interfederativos (ou intergovernamentais), com organização, essencialmente, colaborativa entre entes federados, sobretudo, entes municipais. Apesar de ser prática antiga, somente nos anos 1990 se difundiu no país na área de saúde e, mais recentemente, após a Lei dos Consórcios 2005 (Lei 11.107/2005), ganhou mais adesões em diversos setores de políticas públicas (Confederação Nacional Dos Municípios - CNM, 2018).

A primeira experiência de consórcios no Brasil ocorreu na década de 1960, com a implantação do Consórcio de Promoção Social da Região de Bauru em São Paulo, seguido do Consórcio de Desenvolvimento do Vale do Paraíba nos anos 1970. Até 1985 eram poucos os consórcios públicos municipais implantados e os poucos que existiam eram fortemente subordinados à política estadual. Em 1986, foi constituído o primeiro Consórcio Intermunicipal de Saúde, o Consórcio de Penápolis. A partir da década de 1990 a criação da política consorcial se multiplicou devido à formação de redes federativas na tentativa de equilibrar os processos positivos decorrentes da competição versus cooperação e da centralização em relação à descentralização (Teléfora, 2020).

Nesse sistema, descentralizado, o município é o ente em que as políticas públicas de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) têm contato mais próximo com os cidadãos. Porém, a maioria dos municípios brasileiros apresenta pouca capacidade técnica e financeira para ofertar serviços de saúde públicos mais complexos. Assim, os consórcios públicos surgem como alternativa para resolver essa limitação municipal. Eles são usados para coordenar a execução de qualquer política pública de interesse comum (Silva, 2022).

Considerado pelo Ministério da Saúde como articulador das relações intermunicipais, os Consórcios Públicos permitem, ao unir recursos humanos e materiais, que os municípios consigam solucionar mais problemas de saúde, maximizando os recursos municipais. A área da

saúde é, portanto, amplamente beneficiada por isso, pois um município que trabalha de forma isolada dificilmente consegue atingir todos seus objetivos nesse âmbito.

Os municípios podem, assegurados por Lei, remanejar recursos entre si para executar ações e serviços de saúde. A fim de aplicar os princípios e diretrizes (integralidade, universalidade e equidade), os municípios devem escolher o município sede do consórcio, o responsável pelo consórcio (pessoa jurídica) e suas negociações, sem perda da autonomia e mantimento da igualdade entre os parceiros (Felippim; Marim, 2019).

Segundo Ribeiro *et al.* (2017), as vantagens da cooperação por livre associação de municípios para gestão regional residem na sua maior autonomia para contratação de profissionais, laboratórios, dentre outros serviços. Estas associações são dirigidas por conselhos de prefeitos e operadas por conselhos de secretários de saúde, muitas vezes em parcerias com conselhos municipais locais. Para os autores, a regulamentação dos consórcios atendeu lacuna institucional definida na Lei Orgânica da Saúde e as iniciativas devem considerar que o quadro no país revela crise evidente quanto aos aspectos cooperativos do federalismo no setor saúde.

Enfatiza-se que o consórcio público vem com desafios atrelados como, resolver, a partir de sua gestão, a questão da regionalização da saúde e do subfinancimento do SUS, este último mais crítico nos municípios, desafios para descentralização das ações e serviços de saúde pública (Silva, 2022).

Diante do citado, e como gestora do Consórcio Público Saúde da Microrregião de Aracati há três anos, surgiu a necessidade de desenvolver uma pesquisa que permitisse conhecer a implantação, estruturação da gestão e perspectiva de funcionamento dos Consórcios Públicos de Saúde. O estudo tem a seguinte pergunta norteadora: como se deu a implantação e estruturação da gestão dos Consórcios Públicos de Saúde?

O estudo é relevante por propiciar à comunidade acadêmica conhecer e discutir sobre implantação, estruturação da gestão e perspectivas da administração compartilhada que oferta serviços de saúde na atenção especializada via Policlínicas e Centro de Especialidades Odontológicas, assim como também para posteriores estudos de aprofundamento na área e construção de tecnologias.

2. MÉTODO

Trata-se de revisão integrativa da literatura, que possibilita analisar a literatura existente, fornecendo compreensão abrangente sobre determinado objeto de estudo. Pode ser

aplicado em diversos temas e/ou desenhos de estudo, contribuindo para a prática de Enfermagem Baseada em Evidências Científica (Whittemore; Knafl, 2017).

Para elaboração deste estudo, foram seguidas as seguintes etapas: formulação do problema e pergunta de pesquisa em conjunto com a elaboração do protocolo da revisão; aprovação do protocolo; coleta de dados; análise e interpretação dos dados; organização dos dados em categorias; e apresentação dos resultados e conclusões (Whittemore; Knafl, 2017).

A coleta de dados foi realizada em abril de 2023. 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; Co: Contexto. Desta forma, constituiu-se a indagação: "Quais as pesquisas existentes sobre a implantação e estruturação dos Consórcios Públicos de Saúde no Brasil?", tendo no P = pesquisas(search) no I=implantação e estruturação (implementation and structuring), Co= dos consórcios públicos saúde (of public consortia health).

Para levantamento dos artigos na literatura, realizamos busca nas seguintes bases de dados: Google acadêmico, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE), National Library of Medicine and National Institutes of Health (PUBMED) e Base de Dados de Enfermagem (BDENF).

A seleção destas bases deu-se pela extensa 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 foram entrecruzados e combinados com operadores booleanos "AND" e "OR" a fim de refinar os estudos de acordo com o tema em questão. Surgindo as seguintes palavras-chave: pesquisas (search) OR implantação e estruturação (implementation and structuring), instalação (Wiring**),** reparação (Repair) OR Consórcios de Saúde (Health Consortia) consórcio público (public consortium), consorcio intermunicipal de saúde (intermunicipal health consortium).

Na segunda etapa, foram adotados como critérios de inclusão: artigos originais, publicados em português e inglês, nos anos de 2018 a 2023, disponíveis gratuitamente e na íntegra, sobre a temática, publicados e indexados nas referidas bases de dados. Foram excluídos os artigos com método mal delineado, cartas ao leitor e artigos de opinião.

Na terceira etapa do estudo, foram definidas as informações que deveriam ser extraídas dos estudos. Deste modo, a análise das informações foi possível a partir da leitura na íntegra

dos artigos de forma exploratória. Posteriormente, eles foram armazenados em quadro com as seguintes variáveis: 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 sexta e última fase da pesquisa constituiu na elaboração deste estudo, onde se buscou descrever de forma clara e sistemática todas as etapas percorridas pela autora para a elaboração da pesquisa e apresentação dos principais resultados evidenciados da análise dos artigos incluídos.

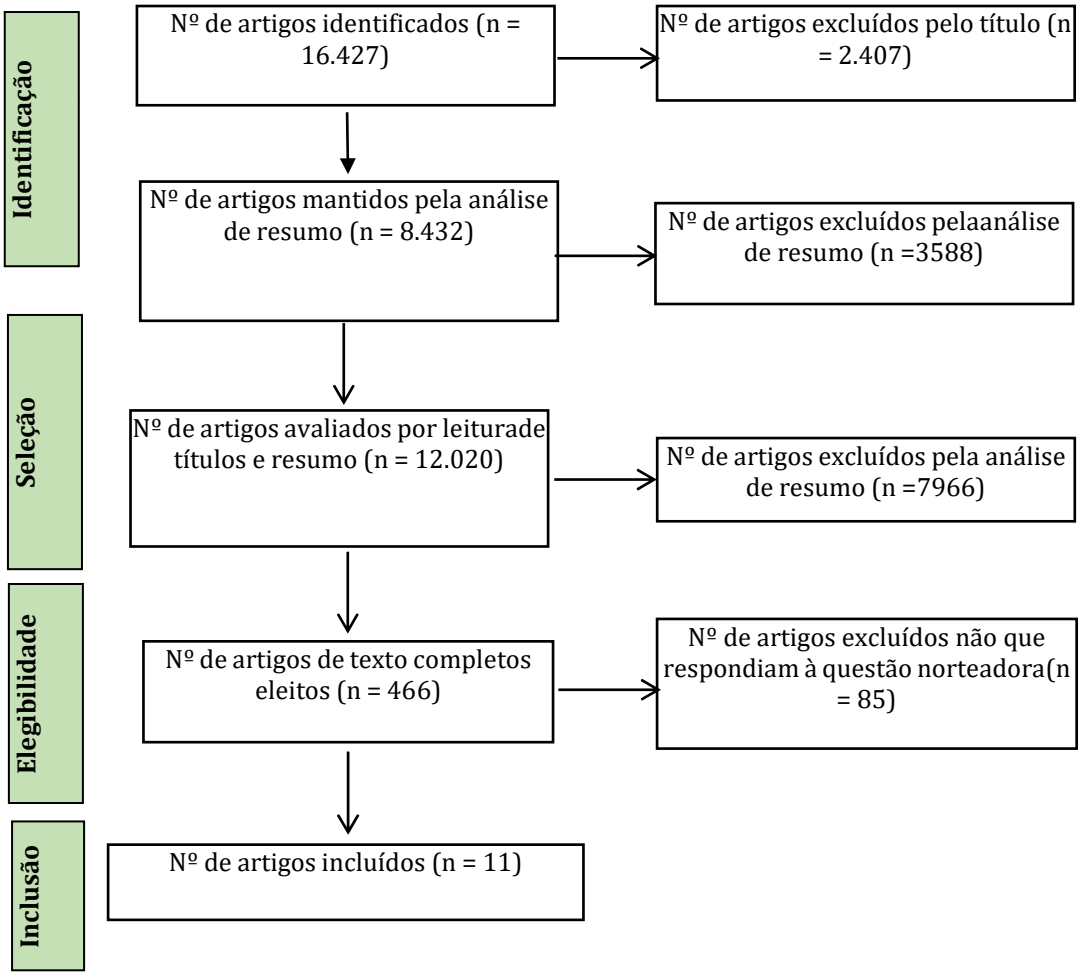
3. RESULTADOS

Foram encontrados 16.427 artigos após a delimitação dos critérios de inclusão e exclusão, foram eliminados 2.407 artigos, restando 12.020 artigos, dos quais 3.588 foram excluídos pela análise do resumo. Dos 466 artigos restantes, foram para análise e avaliação de sua adequação aos critérios de inclusão e exclusão. Dos 85 artigos restantes, foram incluídos na pesquisa de acordo com os critérios de inclusão e exclusão 11 artigos (Figura1).

Dos artigos selecionados, dois foram identificados na base Pubmed, na base três no LILACS, cinco no Medline e um na BDENEF. Havendo, contudo, dificuldade de identificação de artigos em outras bases de dados, assim como pesquisas com foco integral na temática

escolhida, havendo maior preferência por pesquisas relacionadas ao referencial histórico e sua evolução na assistência à saúde brasileira.

Figura 1 - Fluxograma de artigos da revisão integrativa.



Fonte: Elaboração própria.

Quadro 1 - Distribuição dos artigos científicos segundo o autor, ano de publicação, revista, tipo de estudo, sujeitos do estudo, objetivo e nível de evidência.

Autor/ano de publicação	Revista publicada	Tipo de estudo	Sujeitos do estudo	Objetivo do estudo	NE
ANDRADE *et al.* (2022)	PHYSIS - Revista de Saúde Coletiva	Descritivo com abordagem exploratório	Gestores de saúde no âmbito municipal da Região de Saúde do Médio Paranapanema	Analisar a percepção dos gestores de saúde acerca do papel do CPS no processo de regionalização	6
FILIPPIM; MARINS (2019)	Perspectivas em políticas públicas	Descritivo e exploratório	Equipe Consórcio Público Intermunicipal de Saúde do Noroeste do estado do Rio Grande do Sul (CISA).	Investigar a formação e a institucionalização de um consórcio público da área da saúde.	6

Autor/ano de publicação	Revista publicada	Tipo de estudo	Sujeitos do estudo	Objetivo do estudo	NE
FLEXA; BARBASTEFANO (2018)	Ciência e Saúde coletiva	Descritivo e exploratório	Artigos, dissertações de mestrado, teses de doutorado e relatórios técnicos que tivessem um "olhar" específico para a realidade do Brasil e foco em consórcio e saúde	Compreender como os consórcios de saúde alcançam melhor desempenho na aquisição e contratação de serviços por meio da ação cooperativa	6
LUI; SCHABBACH; NORA (2020)	Ciência e Saúde coletiva	Análise documental qualitativa	Gestores de saúde no âmbito municipal da Região de Saúde do Médio Paranapanema	Investigar o funcionamento dos consórcios públicos intermunicipais de saúde no Brasil	6
JULIÃO; OLIVIERI (2020)	Ciência e Saúde coletiva	Descritivo e exploratório	Estudos sobre o papel do governo estadual no federalismo e na cooperação intergovernamental em saúde	Analisar a primeira experiência com consórcios verticais de saúde no estado do Ceará, Brasil, a fim de lançar luz sobre sua implementação	6
FELIPE *et al.* (2022)	Saúde Redes	Descritivo e misto	Gestores dos consórcios intermunicipais de saúde do Sul de Santa Catarina	Analisar a percepção dos gestores dos consórcios intermunicipais sobre a incorporação das centrais de regulação nos procedimentos eletivos de média e alta complexidade.	6
BAGATINI (2020)	Revista eletrônica de ciência sociais aplicadas	Qualitativo de caráter documental	Diretoria Executiva do Consórcio e junto à Secretaria Municipal de Saúde.	Analisar os procedimentos licitatórios realizados nos Consórcios Públicos, tendo como estudo de caso o Consórcio Intermunicipal de Desenvolvimento Sustentável da Serra Gaúcha (CISGA)	6
ANDRADE *et al.* (2022)	PHYSIS	Qualitativo, exploratório	Gestores de saúde no âmbito municipal da Região de Saúde do Médio Paranapanema do Norte do Paraná	Analisar a regionalização da saúde, com ênfase no uso de diferentes tipos de modalidades de gestão e seus efeitos na garantia do direito à saúde	6
NASCIMENTO *et al.* (2021)	Revista de administração pública	Pesquisa dedutivo de tipo longitudinal-retrospectiva	Grupos de tratamento e controle	Comparar municípios que aderiram aos consórcios de saúde pública (grupo tratamento) e municípios que não aderiram a esses arranjos (grupo controle).	1

Autor/ano de publicação	Revista publicada	Tipo de estudo	Sujeitos do estudo	Objetivo do estudo	NE
LEAL *et al.* (2019)	Saúde e Sociedade	Retrospectivo de caráter analític o com abordagem qualitativa	Gestores estaduais de saúde	Analisar as razões para a expansão dos consórcios intermunicipais de saúde conduzida pela autoridade sanitária estadual na regionalização da saúde no SUS em Pernambuco.	6
GOYA; ANDRADE (2018)	Revista brasileira de promoção a saúde	Qualitativo, cartográfica	Gestores estaduais de saúde	Analisar a regionalização da saúde, com ênfase no uso de diferentes tipos de modalidades de gestão e seus efeitos na garantia do direito à saúde	6

Fonte: Elaboração própria.

4. DISCUSSÃO

A regionalização é um dos desafios enfrentados desde a municipalização da saúde no Brasil e, uma vez consolidada, possibilita a estruturação de uma escala regional potencializadora dos territórios. Dentre os arranjos organizativos para a regionalização, está posicionado o Consórcio Público de Saúde (CPS), que deve tratar não apenas da soma de individualidades, mas de uma ação coletiva (Andrade *et al*., 2022).

Neste contexto, a regionalização constituiu-se como estratégia da reforma da saúde, com grande destaque, institucionalizando diferentes modalidades de gestão, por meio de Consórcios Públicos de Saúde e Organização Social, operadas pelo mecanismo contratual de serviços de saúde. Coube uma gestão regionalizada e contratualizada por resultados, em engate das dimensões jurídica à assistencial, com efeitos de verdade ao direito à saúde, restrito aos itens contratados e pagos, esboçando um padrão de cobertura de serviços (Goya; Andrade, 2018).

A formação de Consórcio Público requer união de esforços, a organização e a articulação entre atores envolvidos, sejam indivíduos ou instituições. Os passos essenciais para a formação de um Consórcio Público são: 1. Protocolo de Intenções subscrito pelos Chefes do Poder Executivo de cada um dos consorciados; 2. Ratificação, lei na qual cada Legislativo aprova o Protocolo de Intenções; 3. Elaboração e aprovação dos Estatutos (Filippim; Marins, 2019)

Neste contexto, consórcios públicos intermunicipais ocupam posição estratégica para os municípios, permitindo o desenvolvimento de metas e práticas intersetoriais, gerando autonomia necessária para a construção de parcerias que vão além do limite político e

administrativo dos municípios. O Consórcio Público de Saúde, desempenha importante papel social pela economicidade que gera, pelo número de municípios que o integram e para o desenvolvimento da região, especialmente no acesso a saúde e possibilidade de melhoria na qualidade de vida da população. A maior conquista alçada com a implantação dos consórcios em saúde foi a reversão do modelo de gestão individual, pouco resolutiva e onerosa para um sistema de saúde com um modelo compartilhado de recursos financeiros, recursos humanos, tecnológicos, equipamentos, transportes, insumos, entre outros (Filippim. Marins, 2019).

No entanto, identificam-se alguns desafios para a implementação do planejamento regional em saúde, como a dificuldade de articular ações e serviços em diferentes localizações geográficas, com diferentes tipos de gestões para atender as necessidades de saúde da população com escala, qualidade e custo adequados. Nesse contexto, os consórcios intermunicipais de saúde representam uma solução organizacional que permite melhor articulação e integração entre os entes federativos, tendo como principais benefícios o ganho de escala na prestação de serviços públicos; racionalização de processos e despesas; e realização de projetos conjuntos que seriam impossíveis de serem implementados se geridos e financiados isoladamente (Flexa; Barbastefano, 2018).

Todavia, há pesquisas que apontam que os consórcios estão mais preocupados com a prestação direta de serviços do que com a construção de um sistema de saúde que busque o cuidado integral e coordenado. Todavia, o que se observa é que os consórcios vêm conseguindo ampliar o acesso a serviços especializados nas regiões em que atuam; no entanto, persistem desafios quanto à construção de um sistema de referência e contrarreferência entre os serviços de saúde. Outros estudos apontam como desafio a oferta de consultas especializadas por consórcios que é insuficiente para atender a demanda, sendo encontradas diversas falhas em seus mecanismos de referência e contrarreferência. Na mesma linha, estudos destacam que os consórcios têm potencial para ampliar a oferta de serviços; no entanto, essas ações devem ser planejadas e adaptadas ao sistema de referência estipulado pelo Sistema Único de Saúde (Lui; Schabbach; Nora, 2020).

Ressalta-se que, para o modelo de gestão dos consórcios lograrem êxito, são necessários dois movimentos cada vez mais relevantes para a dinâmica das relações intergovernamentais no Brasil: a articulação intermunicipal e a coordenação vertical dos consórcios. Os consórcios verticais aliam esses dois movimentos. Na saúde, a coordenação tem origem no governo federal, contudo, conforme a responsabilidade sobre o processo de regionalização passou para os estados, tornando essencial a busca por modelos de gestão com maior interlocução dos estados com os municípios (Julião; Olivieri, 2020).

Dessa forma, destaca-se a influência dos governos subnacionais nas políticas sociais frente ao consolidado debate sobre o papel do governo federal. O desenho institucional dos consórcios pode ser entendido como o aspecto que torna sua construção uma estratégia de coordenação estadual na política de saúde. Ele dá maior previsibilidade às relações de cooperação e institucionaliza conflitos, pois, pelo menos em tese, assegura que ônus e bônus da cooperação sejam repartidos de forma equilibrada (Julião; Olivieri, 2020).

A atuação do estado como coordenador é determinante para a regionalização dos serviços de saúde. A partir do caso cearense, que advém de um modelo de sucesso em consórcio, sendo precursor no processo, reconhece-se que o processo de regionalização ainda está em construção, até mesmo em estados com processos avançados de descentralização de políticas públicas. A cooperação apareceu no Ceará tal como surgiu nacionalmente: como tentativa de superar a fragmentação na prestação dos serviços e garantir o apoio solidário entre os municípios (Julião; Olivieri, 2020).

Esta incorporação de consórcios no âmbito municipal possibilita o aumento da oferta de serviços de maior densidade tecnológica que exijam escala pouco compatível com cada município isoladamente. Os gestores em saúde dos municípios têm maior possibilidade de discutir e atuar sobre os problemas de saúde regionais com maior liberdade para decidir alternativas conjuntas além de servir como estratégia para fortalecimento da rede integrada de saúde (Felipe *et al.*, 2022).

A principal vantagem observada na conjuntura dos consórcios diz respeito ao princípio da economia, começando com os recursos humanos necessários para a realização do certame, pois muitos municípios não têm grande quantidade de pessoas especializadas ou até mesmo um número de servidores efetivos que poderiam realizar esse procedimento administrativo. Outro ponto mencionado no contexto econômico refere-se à publicidade: ocorre que se as licitações fossem realizadas separadas pelos entes municipais gerariam um grande valor de publicação legal, enquanto as publicações realizadas pelo consórcio abrangem todos os municípios envolvidos em apenas uma publicação. Um fator de destaque que assegura maior economia nas compras compartilhadas é a aquisição de grande quantidade de itens, o que proporciona a atração de maior concorrência entre grandes empresas e a obtenção de melhores preços, atendendo os anseios de todos os municípios envolvidos no processo licitatório (Bagatini, 2020)

A cooperação intergovernamental (ou consórcios públicos) é uma estratégia que tem ganhado força diante do “dilema municipal” quando o federalismo brasileiro concede autonomia aos governos locais. Os municípios assumiram responsabilidades quanto à

prestação de serviços para atender às obrigações constitucionais, mas o desenho do federalismo brasileiro deixou os governos locais com baixíssima capacidade fiscal Os municípios brasileiros têm baixa capacidade de custear as obrigações, mesmo quando se considera a totalidade de suas receitas, formada pelos impostos arrecadados localmente, pela distribuição dos tributos arrecadados nas esferas federal e estadual e pelas transferências federais e estaduais recebidas para custear as políticas sociais implementadas localmente, conforme previsto no constituição (Nascimento *et al.*, 2021).

Reforçando-se que as razões para indução do consorciamento intermunicipal foram o fortalecimento da regionalização dos serviços de saúde; a ampliação de oferta e cogestão de serviços de saúde; a absorção de experiências exitosas e a necessidade da indução estadual das políticas regionais de saúde. Os consórcios se configuraram como uma possibilidade positiva na percepção dos gestores estaduais na regionalização de ações de saúde no estado; porém, estudos adicionais são necessários no que diz respeito ao impacto dos indicadores de saúde em escala regional (Leal *et al.*, 2019).

Os achados denotam as lacunas de pesquisa no que tange à implantação, estruturação dos CPS, assim como uso de tecnologias para aperfeiçoar esse trabalho bem como a falta de estudos sobre a efetividade de ações utilizadas na estruturação, organização de serviço, controle administrativo financeiro. A identificação dessas principais lacunas permitirá orientar a futura agenda de pesquisa sobre a temática.

5. CONCLUSÃO

O estudo mostrou a forte expansão tanto do número de consórcios quanto do número de municípios consorciados no Brasil e sua importância para o sistema de saúde, posto que a temática predominante se refere a relato de experiência de implantação, avaliação de modelo instalado, assim como pesquisas realizadas com gestores. Tal fato fortaleceu e ocorreu a partir da descentralização (política, administrativa e fiscal) e a fragmentação territorial de pequenos e médios municípios, sendo indiscutível sua relevância na acessibilidade ao serviço, assim como a integralidade do mesmo para o usuário.

Para tal, ressalta-se o apoio técnico e financeiro das Secretarias Estaduais de Saúde, que podem induzir a formação dos arranjos, para organização da atenção especializada em nível regional, em prol de ganhos de escala, ampliação da oferta e superação dos custos e dificuldades advindas da descentralização, que resultaria em um serviço de mais estruturação.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, S.K.V. *et al.* Consórcio Público de Saúde no processo de regionalização: análise sob o enfoque da ação coletiva. **Physis,** v.32, n.1, 2022.

CONFEDERAÇÃO NACIONAL DOS MUNICÍPIOS (CNM). **Mapeamento dos Consórcios públicos Brasileiros.** Brasília, 2019. Disponível em: http://www.consorcios.cnm.org.br/materiais-tecnicos. Acesso em: 20 abr 2023.

FELIPE, L.K. et al. Centrais de Regulação e Consórcios Intermunicipais de Saúde: a Percepção de Gestores Catarinenses. **Saúde Redes**, v.8, n.3, p. 73-88, 2022.

FELIPPIM, E.S.; MARINS, M.P. Cooperação entre municípios: Consórcio Público Intermunicipal de Saúde do Noroeste do estado do Rio Grande do Sul. **Perspec Pol Púb.**, v.11, n.24, p.297-329, 2019.

FLEXA, R.G.C.; BARBASTEFANO, R.G.; Consórcios de Saúde Pública: uma revisão de literatura. **Cienc Saude Coletiva**, v.25, n.1, p. 325-338, 2020.

GOYA, N.; ANDRADE, L.O.M.A.; O Sistema Único de Saúde e o desafio da gestão regionalizada e contratualizada. **Rev. bras. promoç. Saúde,** v.31, n.4, p.1-10, 2018.

JULIÃO, K.S.; OLIVIERI, C.; Cooperação intergovernamental em política de saúde: a experiência com consórcios públicos verticais no estado do Ceará, Brasil. **Cad Saude Publica**, v. 36, n.3, p. e00037519, 2020.

LEAL, E.M.M. *et al.* Razões para a expansão de consórcios intermunicipais de saúde em Pernambuco: percepção dos gestores estaduais. **Saúde Soc**, v.28, n.3, p. 128-42, 2019.

LUI, L; SCHABBACH, L.M.; NORA, C.R.D. Regionalização da saúde e cooperação federativa no Brasil: o papel do consórcio intermunicipal. Ciênc Saúde Coletiva, v.25, n.12, 2020.

NASCIMENTO, A.B.F.M.; Cooperação intermunicipal baseada no Institutional Collective Action: os efeitos dos consórcios públicos de saúde no Brasil. **Rev. adm. pública,** 55, n.6, p.1369-91, 2021.

RIBEIRO, J. M. *et al.* Políticas de saúde e lacunas federativas no Brasil: uma análise da capacidade regional de provisão de serviços. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 22, p. 1031-1044, 2017.

SILVA, D.S. **Consórcios públicos de saúde na Bahia: trajetória e aspectos comparativos.** Dissertação (Mestrado em Economia) - Faculdade de Economia da Universidade Federal da Bahia, 2022.

]TELÉFORA, K.F.; **Tendências e padrões regionais dos Consórcios Públicos de Saúde no Brasil.** Dissertação apresentada ao Programa de Pós- graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz. Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2020.

CAPÍTULO 15

CÂMARA PERMANENTE DE RESOLUÇÃO CONSENSUAL DE DEMANDAS EM SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ: ESTUDO DOCUMENTAL

DOI: 10.51859/amplla.gsi925.1125-15

Thiago Ibiapina Coelho
Thereza Maria Magalhães Moreira

1. INTRODUÇÃO

As câmaras de conciliação em saúde na administração pública são órgãos administrativos criados pelo poder público, de caráter não obrigatório ou vinculante, nos quais as demandas da população que versem sobre bens ou serviços de saúde podem ser pactuadas ou conciliadas, visando a desjudicialização da saúde em todos os níveis da administração pública.

As câmaras de conciliação em saúde desempenham papel relevante na resolução de conflitos, promovendo comunicação, eficiência e justiça no âmbito da saúde. Elas oferecem uma opção mais rápida, acessível e colaborativa para solução de disputas, contribuindo para manutenção de relações saudáveis entre os operadores/gestores e usuários do sistema de saúde.

O objetivo do presente artigo é analisar a portaria de funcionamento de uma Câmara de Conciliação em Saúde (a do Piauí – CÂMARASUS). Trata-se de estudo documental, que versa sobre a legislação para criação, funcionamento e acesso à câmara permanente de resolução consensual de demandas em saúde do estado do Piauí (CÂMARASUS), órgão/estado escolhido para o este estudo.

2. DESENVOLVIMENTO

Inicia-se a presente descrição analisando o instrumento normativo de criação da citada câmara, decreto 17.747, de 27 de abril de 2018, do estado do Piauí, que diz que a CÂMARASUS será criada dentro da estrutura da Secretaria de Saúde do Piauí – SESAPI.

Ainda pelo Decreto, o órgão conciliatório possui os seguintes objetivos: promover a resolução consensual de demandas no âmbito administrativo por serviços ou produtos de saúde a serem fornecidos pelo SUS no Estado do Piauí; buscar conciliação e propor soluções

para demandas judiciais em trâmite; propor aos órgãos e entidades da Administração Pública do Estado do Piauí, responsáveis pela elaboração e execução de políticas públicas associadas à saúde pública no Estado do Piauí, medidas para melhoria dos serviços e cooperação mútua; tomar conhecimento das demandas judiciais e administrativas levadas à ciência da Câmara por qualquer dos seus membros (Piauí, 2018).

A composição da Câmara, segundo o decreto, dá-se por 1(um) membro da Procuradoria Geral do estado do Piauí, 1(um) membro da Defensoria Pública do estado do Piauí e 3 (três) membros da Secretaria de Saúde do Piauí. A Legislação traz ainda a possibilidade de convidar às reuniões, com direito a voz, entidades da Administração Pública e ainda integrantes do Poder Judiciário, Legislativo, Ministério Público do Piauí, Tribunal de Contas do Piauí e Ordem dos Advogados do Brasil – Secção Piauí.

Por fim, o texto legal da conta de que as deliberações da CÂMARASUS serão encaminhadas ao setor competente, após ratificação do Secretário de Saúde. Um relatório das atividades do órgão será elaborado e apresentado trimestralmente para todos os atores envolvidos em sua composição.

Para fins desse estudo, também foi disponibilizado pela Procuradoria Geral do Estado do Piauí, a minuta da PORTARIA CONJUNTA entre Procuradoria Geral do Estado do Piauí, Defensoria Pública do Estado do Piauí e Secretaria de Saúde do Estado do Piauí, que regulamenta a câmara permanente de resolução consensual de demandas em saúde do estado do Piauí (CÂMARASUS).

Inicialmente, o documento da conta de que a Câmara Permanente de Resolução Consensual de Demandas em Saúde do Estado do Piauí funcionará na Consultoria Setorial da PGE da Secretária de Saúde do Estado do Piauí e que a mesma atuará de ofício ou mediante provocação. A legislação dispõe também que a CÂMARASUS pautará seus atos pelos princípios da juridicidade, da imparcialidade do mediador, da isonomia entre as partes, da oralidade, da informalidade, da autonomia da vontade das partes, da busca do consenso e da boa-fé.

Frisa-se que a citada normativa também dispões expressamente que ninguém será obrigado a aderir ou permanecer em procedimento de autocomposição e que poderão ser objeto de autocomposição os conflitos que versem sobre direitos disponíveis ou sobre direitos indisponíveis que admitam transação.

Ainda segundo a Portaria Conjunta, a autocomposição pode versar sobre todo o conflito ou parte dele, não podendo ser objeto de autocomposição a controvérsia que somente possa ser resolvida por atos ou concessões de direitos que dependam de autorização do Poder Legislativo bem como a pretensão contrária à orientação jurídica formal da Procuradoria-Geral

do Estado, a jurisprudência consolidada pelos Tribunais Superiores, acórdãos do STF e STJ em julgamento de recursos repetitivos ou contrária a entendimento firmado em incidente de resolução de demandas repetitivas ou de assunção de competência.

Quanto ao procedimento da resolução consensual da demanda, a referida norma enumera as seguintes fases: 1-Exame preliminar dos requisitos de aceitabilidade; 2-Sessões; 3-Autocomposição e 4-Homologação. A análise de resolução consensual será instaurada de ofício ou por provocação: de ofício quando a Câmara, independentemente de encaminhamento promovido por qualquer dos interessados, tiver conhecimento de conflito de que tratam as hipóteses do artigo 1º do decreto nº 17.747/2018, cabendo a verificação dos requisitos de aceitabilidade da instauração pelo presidente do Órgão. Em qualquer dos casos, após a análise dos requisitos de aceitabilidade da instauração, a Câmara enviará convite aos interessados, constado o objeto da autocomposição, a data e o local da primeira reunião. Caso não seja respondido em até 10 (dez) dias da data de seu recebimento, o convite será considerado rejeitado.

O texto legal sublinha também que nas hipóteses de instauração por provocação, o interessado procederá à solicitação por requerimento que deverá ser entregue no setor administrativo da CÂMARASUS no âmbito da SESAPI, contendo nome, endereço e qualificação completa dos interessados e de seus advogados, se constituídos; relato sucinto contendo a descrição do conflito e seu valor, ainda que estimado; o resumo das pretensões: declaração sobre a existência de ação judicial versando a matéria objeto do conflito e cópias dos documentos necessários à compreensão do conflito.

A portaria traz ainda que as solicitações de composição deverão ser acompanhadas de cópias dos seguintes documentos: se pessoa Física: RG, CPF e comprovante de residência. Se pessoa Jurídica: Contrato social e alterações, CNPJ e documentos dos representantes legais (RG e CPF). E para ambos procuração, se for o caso de estarem assistidos por advogados. Vale ressaltar ainda a possibilidade d apoio administrativo da Câmara auxiliar o interessado a formular a solicitação, se necessário.

> Art. 10º. O Presidente da Câmara, autoridade competente para formar o juízo de admissibilidade, no prazo de 15 (quinze) dias a contar da protocolização da solicitação, verificará a adequação do conflito às formas autocompositivas, observadas as disposições da legislação, e definirá o método de composição.
> § 1º Nesta fase, poderão ser solicitadas informações relativas ao conflito perante aos órgãos da Procuradoria-Geral do Estado, Defensoria Pública, Ministério Público e órgão técnicos da SESAPI.
> § 2º O juízo de admissibilidade suspende a prescrição, observado o artigo 34 e § 1º da Lei nº 13.140/2015.
> § 3º O juízo negativo de admissibilidade implicará o arquivamento da solicitação e a devolução dos documentos aos interessados.

Art.11º. CÂMARASUS poderá utilizar qualquer meio de comunicação para informar os interessados dos atos relativos ao procedimento.

Parágrafo único. Os interessados deverão informar a CÂMARASUS qualquer alteração de endereço ou de contato.

Art.12º. A CÂMARASUS poderá solicitar avaliação técnica da matéria que versa o objeto da demanda, a ser realizada no âmbito da Administração Pública Estadual por órgão técnico especializado, ou profissional legalmente habilitado.

Art.13º. Na reunião inicial, será esclarecido aos interessados o método de composição adotado, a responsabilidade dos envolvidos e eventuais dúvidas acerca do procedimento, ocasião em que será elaborado o termo de abertura.

Art. 14º. No desempenho das funções, após a reunião inicial, havendo necessidade, os membros da Câmara poderão reunir-se em conjunto com os interessados, além de solicitarem informações que entenderem imprescindíveis para facilitar a compreensão da controvérsia.

Parágrafo único. A CÂMARASUS poderá convidar servidores dos órgãos da Administração Pública Estadual Direta e Indireta que possuam conhecimento técnico sobre a matéria abrangida pelo conflito, a fim de que compareçam às sessões de autocomposição e prestem esclarecimentos.

Art. 15º. Em razão da natureza e da complexidade do conflito, mais de um membro de cada órgão que representa a composição da Câmara, conforme art. 2º do decreto 17.747/2018, poderão atuar em conjunto no mesmo procedimento.

Art. 16º. A autocomposição, ainda que parcial ou provisória, será reduzida a termo, que conterá:

I - o nome dos interessados, de seus representantes legais, dos advogados, se constituídos, dos membros da CÂMARA e dos demais participantes;
II - o sumário da pretensão;
III - o objeto do acordo e a sua fundamentação;
IV - a data e o lugar da autocomposição;
V - outros dados relevantes;
VI - a assinatura dos presentes.

Art. 17. A eficácia da autocomposição dependerá de homologação do Procurador Geral do Estado e do Secretário de Estado da Saúde ou a quem estes delegarem.

Parágrafo único. A homologação da autocomposição fará coisa julgada administrativa, implicará renúncia a todo e qualquer direito objeto da controvérsia e constituirá título executivo extrajudicial.

Art. 18. Não havendo autocomposição, o procedimento será arquivado.

Sobre as disposições finais, tem-se que:

Art. 19. As autocomposições que não importem obrigação pecuniária deverão estabelecer os prazos para seu cumprimento.

Art. 20. O Termo de Autocomposição, independentemente da natureza da obrigação, deverá ser enviado ao órgão de execução da SESAPI para:

I – registro, visando, especialmente, a impedir o cumprimento em duplicidade; e
II – adoção de providências necessárias ao cumprimento das obrigações assumidas, quando for o caso.

Art. 21. A CÂMARASUS consolidará as informações sobre os termos de autocomposição, exitosos ou não, para fins de controle e pesquisa.

Art. 22. Os prazos serão contados em dias úteis.

Art. 23. Aplicam-se subsidiariamente a Lei n° 13.105/2015, a Lei n° 13.140/2015.

Art. 24. Esta Portaria entra em vigor na data da sua publicação.

Ante o exposto, destaca-se a facilidade do acesso da população ao órgão conciliador, como elemento norteador da legislação hora estudada.

3. CONCLUSÃO

Em síntese, a análise da portaria de funcionamento da CÂMARASUS do estado do Piauí revela a importância das câmaras de conciliação em saúde como instrumentos de desjudicialização e resolução consensual de demandas na administração pública. Ao promoverem a comunicação, eficiência e justiça, essas câmaras oferecem uma opção rápida e colaborativa para a solução de conflitos relacionados à saúde.

Através da sua estrutura e funcionamento, as câmaras de conciliação em saúde demonstram-se capazes de manter relações saudáveis entre os operadores/gestores e usuários do sistema de saúde. Contudo, é fundamental que sejam adotadas medidas para fortalecer a divulgação e participação dos usuários, garantindo que todos tenham conhecimento e acesso a esse recurso valioso.

A consolidação e expansão das câmaras de conciliação em saúde representam uma alternativa promissora para aprimorar a gestão de conflitos na área da saúde, proporcionando soluções ágeis e acessíveis. A continuidade dos estudos e a implementação de estruturas similares em outras regiões contribuirão para a construção de um sistema de saúde mais eficiente e alinhado às necessidades da população.

Em suma, a análise da portaria da CÂMARASUS do Piauí confirma o potencial das câmaras de conciliação em saúde como um mecanismo eficaz de resolução de disputas. Este estudo documental reforça a importância de seu aprimoramento e expansão, buscando a promoção de relações harmoniosas e o fortalecimento do acesso à saúde para todos os cidadãos.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal; 1988.

FREITAS, C. M. L. **Direito à saúde e desjudicialização:** uma análise da atuação das câmaras de conciliação. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Direito) - Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte; 2019. 60 p.

GOMES, A. B.; SILVA, C. D. S. Câmaras de conciliação em saúde: desjudicialização e resolução de conflitos. **Rev Bras Saúde Ocupacional**, v. 45, n. 2, p. 128-137; 2020.

RIBEIRO, L. A. B.; ALMEIDA, C. R. A.; SANTOS, A. B. Mediação em saúde: um estudo sobre a atuação das câmaras de conciliação. **Rev Adm Hosp Inov Saúde**, v. 16, n. 2, p. 84-93; 2019.

SILVA, R. M.; SOUSA, J. C.; FERREIRA, L. A. A desjudicialização da saúde por meio das câmaras de conciliação. **Rev Jurídica Consulex**, v. 25, n. 579, p. 75-79; 2021.

EIXO 2

PRÁTICAS E INTERVENÇÕES EM SAÚDE

CAPÍTULO 16

GERENCIAMENTO DA SAÚDE E CAPACIDADE FUNCIONAL EM IDOSOS: UMA AVALIAÇÃO NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

DOI: 10.51859/amplla.gsi925.1125-16

Cícera Tavares de Lucena
Camila Alves Nogueira
Maria de Fátima Vasques Monteiro
Daniele da Silva Araújo
Andrea Cavalcante Macedo
Maria Salete Bessa Jorge
Virna Ribeiro Feitosa Cestari

1. INTRODUÇÃO

Diante da acelerada transformação demográfica e do crescente envelhecimento da população, a gestão em saúde enfrenta desafios significativos na adaptação e implementação de políticas públicas eficazes.

A compreensão aprofundada dos aspectos demográficos, socioeconômicos e de saúde dos idosos é crucial para orientar estratégias que promovam não apenas o envelhecimento saudável, mas também para gerir eficazmente os recursos destinados à saúde e assistência social. A identificação dos impactos na qualidade de vida e nas taxas de prevalência de incapacidade funcional oferecerá insights valiosos para a formulação de políticas que atendam às necessidades específicas desse grupo populacional, contribuindo para uma gestão mais inclusiva e centrada nas demandas dos idosos.

Na contemporaneidade, a sociedade enfrenta um envelhecimento acelerado da população, um fenômeno que se manifesta de maneira abrupta, suscitando apreensões diante do impacto significativo nas condições de saúde. O crescimento da população idosa é acompanhado pela crescente incidência de doenças crônicas degenerativas, gerando preocupações não apenas para as entidades governamentais, mas também para toda a sociedade (Toldrá *et al.*, 2014).

A definição convencional da Organização Mundial de Saúde (OMS) considera como idosa uma pessoa com mais de 65 anos, independente de sexo, raça, cor ou estado de saúde. No entanto, a emergência de uma população idosa ativa e saudável levou à necessidade de

agrupamentos etários mais específicos, como o "idoso jovem" (entre 65 e 75 anos) e o "idoso velho" (mais de 75 anos) (Dardengo; Mafra 2018).

No contexto brasileiro, a legislação define como idosa uma pessoa com 60 anos ou mais (Lei 8.842/94 e 10.741/03), embora persistam preconceitos e discriminações contra esse grupo populacional. Contudo, observa-se um crescente reconhecimento da contribuição fundamental dos idosos para a construção de uma sociedade mais humana (Brasil, 2006).

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, estabelecida pela Lei 8.842/94, orienta-se por diretrizes que abrangem a promoção do envelhecimento saudável, a manutenção da capacidade funcional, a assistência às necessidades de saúde, a capacitação de recursos humanos especializados e o apoio a estudos e pesquisas na área (Vieira; Vieira, 2016).

O envelhecimento pode manifestar-se de maneira senescente (fisiológica) ou senil (patológica). Na senescência, as alterações no organismo são consideradas normais e não comprometem o equilíbrio e a homeostasia, enquanto na senilidade, as alterações resultam em desequilíbrio e podem desencadear patologias, sendo a susceptibilidade individual um fator distintivo (Toldrá, 2014).

Quanto ao conceito de qualidade de vida, sua abrangência vai além das condições de saúde, abarcando dimensões como segurança, dignidade, oportunidades de alcançar objetivos, satisfação com a vida e um sentido positivo de si mesmo. Trata-se de uma percepção complexa derivada de experiências individuais e coletivas ao longo do tempo, valores e conhecimentos (Pereira *et al.*, 2015).

Diante desse contexto, a investigação sobre aspectos demográficos, socioeconômicos, condições de saúde e capacidade funcional de idosos em Brejo Santo-CE torna-se fundamental. A atenção ampliada e multiprofissional aos idosos, especialmente os que residem em áreas rurais, requer compreensão das principais dificuldades enfrentadas durante a pandemia de COVID-19. Profissionais de saúde da família, familiares e cuidadores desempenham papel crucial, oferecendo assistência qualificada e humanizada a indivíduos frequentemente vulneráveis devido a diagnósticos de doenças crônicas degenerativas e incapacidades funcionais, influenciando diretamente sua qualidade de vida.

Outro ponto relevante aborda as dificuldades enfrentadas pelos idosos e seus cuidadores, e como tais desafios impactam a qualidade de vida e a capacidade funcional nas Atividades da Vida Diária (AVDs). A compreensão dessas influências é vital para abordar efetivamente esses problemas de saúde pública.

Portanto, o objetivo desta pesquisa é analisar os aspectos demográficos, socioeconômicos, condições de saúde e capacidade funcional de idosos em Brejo Santo-CE,

identificando os impactos na qualidade de vida e avaliando as taxas de prevalência de incapacidade funcional para as AVDs nesse grupo específico.

É importante destacar, que este estudo visa contribuir para uma gestão mais eficaz da saúde e assistência social voltada para os idosos, promovendo uma abordagem inclusiva e centrada nas necessidades desse grupo populacional, além de fornecer subsídios para o aprimoramento das políticas públicas.

2. MÉTODO

Trata-se de um estudo epidemiológico, descritivo e transversal, com abordagem quantitativa. Conforme Cervo (2006), os estudos descritivos expressam pela descrição das características, propriedades ou relações existentes na comunidade, grupo ou realidade pesquisada. Os estudos descritivos favorecem na pesquisa mais ampla e completa, as tarefas da formulação clara do problema e da hipótese como tentativa de solução.

Os estudos transversais estudam determinado fenômeno num determinado local e tempo, ou seja, é estático. Dessa maneira, a pesquisa transversal é o estudo epidemiológico no qual fator e efeito são observados num mesmo momento histórico (Rouquayrol, 2003).

O estudo foi realizado na Unidade Básica de Saúde da vila São Sebastião no período de julho e agosto localizada na zona rural do município de Brejo Santo. O município de Brejo Santo – CE localiza-se geograficamente no estado do Ceará na mesorregião do Sul Cearense, com população, conforme estimativas do IBGE de 2021, 50.195 habitantes. Está situado na Região de Saúde do Cariri (RSC), na 19ª área descentralizada da saúde (ADS).

O município possui atualmente 21 equipes da estratégia de saúde da família sendo a escolha desta estratégia realizada de forma intencional por ser o local de atuação profissional da pesquisadora.

A população alvo do estudo foi composta por idosos a partir de 60 anos ou mais, residentes no município de Brejo Santo. A amostra foi composta de 50 idosos que estão cadastrados na ESF da Vila São Sebastião. Fizeram parte do estudo pessoas com 60 anos ou mais, portadores de doenças crônicas não transmissíveis que tenham ou não testado positivo para covid-19. Foram excluídos da pesquisa idosos que apresentassem problemas cognitivos e que não tivessem 60 anos completos.

Segundo Andrade (2016), a coleta de dados constitui uma etapa importantíssima da pesquisa de campo, mas não deve ser confundida com a pesquisa propriamente dita. Todas as etapas da coleta de dados devem ser esquematizadas, a fim de facilitar o desenvolvimento da pesquisa, bem como assegurar uma ordem lógica na execução das atividades (Amdrade, 2016).

Foram utilizados dois instrumentos: Questionário I: Índice de Barthel. O Questionário I, com questões fechadas foi destinado à investigação das variáveis demográficas e socioeconômicas, bem como variáveis de condições de saúde.

O Índice de Barthel é um instrumento amplamente usado no mundo para a avaliação da independência funcional e mobilidade, pertence ao campo de avaliação das atividades da vida diária (AVDs), mede a independência funcional no cuidado pessoal, mobilidade, locomoção e eliminações. O mesmo contém dez itens que pontuam em uma escala crescente (5 - 10 - 15). Os itens avaliados foram vestir-se, banhar-se, alimentar-se, fazer a higiene pessoal, levantar-se da cama e sentar numa cadeira, controle dos esfíncteres, utilizar o banheiro, caminhar e subir escadas. O resultado global varia de 0 a 100 pontos. A pontuação igual a 100 significa que a pessoa é totalmente independente; $\geq$ 60 indica elevada probabilidade de a pessoa conviver na comunidade; $\leq$ 40 indica importante dependência, e $\leq$ 20 indica elevado risco de morte. Esse instrumento é padronizado e autoaplicável.

Os dados coletados foram implantados em um banco de dados eletrônico e analisados por meio do programa estatístico SPSS para Windows versão 15.0 e apresentados por meio de gráficos e tabelas. As associações investigadas considerarão as razões de prevalência e os intervalos de confiança em 95%. Os resultados foram apresentados por meio de gráficos e tabelas e a discussão será embasada com a literatura pertinente.

Todos os critérios estabelecidos pela Resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde/MS, serão respeitados. Sendo assim, os sujeitos foram esclarecidos sobre a pesquisa e assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido- TCLE (apêndice A), assegurando-lhes os direitos de privacidade, sigilo e de declínio na participação. O projeto foi enviado ao Comitê de Ética em Pesquisa da URCA, juntamente com o Termo de Compromisso do Pesquisador responsável (Apêndice C) o qual foi submetido à apreciação e posterior aprovação.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Nesta seção, serão apresentados e discutidos os resultados obtidos, destacando padrões, tendências e pontos de atenção que emergiram durante a investigação. Essa análise crítica contribuirá para a compreensão mais aprofundada dos desafios enfrentados pelos idosos e orientará a formulação de estratégias eficazes para promover um envelhecimento saudável e uma gestão de saúde mais adequada às necessidades específicas desse grupo populacional.

O presente texto expõe os resultados da pesquisa sobre Avaliação das condiçõe de saúde dos idosos e sua capacidade funcional no contexto da pandemia pela Covid-19, realizado no município de Brejo Santo-CE em uma Estratégia de Saúde da família da Zona Rural.

3.1. Caracterização do perfil sociodemográfico e condições de saúde e capacidade funcional dos idosos

A pesquisa apresenta características especificas do grupo pesquisado, onde foi possível conhecer o perfil sócio demográfico, condições de saúde e capacidade funcional do idoso expressas pela capacidade de realizar as atividades básicas da vida diária (ABVDS). Através da análise das variáveis estudadas, a distribuição percentual dos participantes de acordo com seu perfil sócio demográfico é apresentada na Tabela 1.

Tabela 1 - Distribuição percentual dos participantes idosos de acordo com seu perfil sócio demográfico.

Características	Variáveis	N°	%
Sexo	Masculino	10	20,00
	Feminino	40	80,00
Faixa etária	60-74	11	22,00
	75-84	07	14,00
	85-99	32	64,00
Religião	Católico	35	70,00
	Evangélico	15	30,00
	Outras	00	0,00
Sabe ler e escrever	Sim	20	40,00
	Não	30	60,00
Escolaridade	1º grau completo	09	18,00
	1º grau incompleto	10	20,00
	2º grau completo	01	02,00
	nível superior	0	0,00
	outros	30	60,00
Estado civil	Solteiro	05	10,00
	Casado	23	46,00
	Viúvo	13	26,00
	Divorciado	02	04,00
Filhos	Sim	43	86,00
	Não	07	14,00
Renda para o sustento	Do seu trabalho como profissional autônomo	00	00,00
	Da sua aposentadoria	35	70,00
	Da pensão\ajuda do(a) seu(a) esposo (a)	02	04,00
	Da ajuda de parentes ou amigos	00	00,00
	De alúgueis, investimento	00	00,00
	De outras fontes	13	26,00

Renda mensal	1 salário mínimo	31	62,00
	2 salário mínimos	19	38,00
	3 salários mínimos	00	00,00
	4 salários mínimos ou mais	00	00,00
Portador de alguma doença crônica	Sim	50	100,00
	Não	00	00,00
Doença crônica	DM	03	06,00
	HAS	17	34,00
	HAS+DM	14	28,00
	HAS+DM+ DOENÇA CARDÍACA	08	16,00
	HAS+DM+CÂNCER	08	16,00
Quanto tempo é portador da doença crônica	03 a 15 anos	31	62,00
	20 a 25 anos	19	38,00
Toma remédio com frequência	Sim	50	100,00
	Não	00	00,00
No caso de ficar doente ou incapacitado quem poderia cuidar?	Ninguém	03	06,00
	Esposa\companheira	04	08,00
	Filho (a)	33	66,00
	Outros parentes	10	20,00
Pratica algum exercício físico?	Sim	23	46,00
	não	27	54,00
Qual exercício físico pratica?	Caminhada	22	95,65
	Andar de bicicleta	01	04,34
	Hidroginástica	00	00,00
	Pilates	00	00,00
	Outros	00	00,00
Qual a frequência dos exercícios físicos?	Diariamente	17	34,00
	Três vezes por semana	10	20,00
	Duas vezes por semana	08	16, 00
	Uma vez por semana	15	30,00
	Outra	00	00,00

Fonte: Elaboração própria.

Observa-se na Tabela 1 que o gênero feminino apresentou uma maior predominância, Representando 80 % do grupo pesquisado, em relação ao masculino que foi de 20%. Sabe-se que desde os tempos remotos o sexo feminino é aquele considerado mais paciente que colabora mais com qualquer atividade principalmente no que diz respeito à tarefa do cuidar, por serem preparadas para formarem famílias e assim concretizar o seu papel de cuidar da família (Montenegro, 2018).

Quanto à faixa etária a pesquisa apresentou idosos ficaram com idade entre 60 a 74 anos (22%); 75 a 84 anos (14%) e 85 a 99, (64%). O estudo nos mostra que o maior número de idosos da área está na faixa etária entre 85 e 99 anos, o que aponta a necessidade de um acompanhamento sistematizado dessa população mais vulnerável.

O processo de envelhecimento é observado de forma muito clara, o seu aumento acelerado que é influenciado pela diminuição das taxas de fecundidade e mortalidade, entretanto também é fortemente influenciado pela história de vida do idoso, em suas diferentes formas de inserção social ao longo da vida e exposição a contextos de vulnerabilidade. Nesse sentido há exigência maior em relação às demandas de saúde que são apresentadas pelos idosos exigindo dos serviços de saúde principalmente da estratégia de saúde da família a capacidade de responder adequadamente às suas necessidades não só de prevenção e controle de doenças, mas também da promoção de um envelhecimento ativo e saudável, visando a sua maior autonomia e bem-estar (Schencer; Costa, 2019).

Em relação ao grau de escolaridade percebe-se de acordo com as respostas obtidas pela a amostra que 60% não saber ler e escrever, enquanto que 40% afirmam saber ler e escrever. No que diz respeito a escolaridade os que afirmam saber ler e escrever nos mostra que 18% tem o primeiro grau completo,20% o primeiro grau incompleto, apenas 2% concluíram o segundo grau e nenhum tem nível superior, o que nos mostra que os idosos não são totalmente leigos, fato muito importante, pois, Isso sem dúvidas, é um grande benefício para os mesmos, no tocante a relação entre eles e facilitando a comunicação e o entendimento das orientações recebidas.

Para Oliveira *et al.* (2019), o nível de escolaridade é de suma importância e impacta em diversos aspectos da vida da pessoa idosa como a renda e o acesso a serviços. Nesse sentido percebe-se que maior grau de escolaridade na maioria das vezes pode está relacionada a maiores rendas e com isso, melhores condições de vida durante o envelhecimento, oportunizando um envelhecimento mais saudável, com menor incidência de doenças e com mais qualidade de vida.

Corroborando com o autor acima, Sousa *et al.* (2020) observa em seu estudo transversal sobre Pesquisa Nacional Envelhecimento Humano, realizado com 59.758 adultos participantes, neste estudo o mesmo descobriu que quanto maior o nível de escolaridade, classe social e renda, maior também é a auto avaliação de saúde.

Quanto ao estado civil dos idosos, observa-se que 10,00% da amostra, eram solteiros (as), 46,00%, eram casados (as), 26,00% eram viúvos representando a segunda maior incidência perdendo apenas para os casados, e apenas 04,00% era divorciado (a). Diante dos resultados obtidos nesta tabela percebe-se um alto índice de viúvos, em uma faixa etária considerada, dependente, entretanto não é surpresa, pois, na maioria das vezes idosos nessa idade apresentam-se viúvos mesmo, no entanto, fica clara a importância de um cuidador para os mesmos.

Em relação aos idosos casados observa-se que os cuidadores são seus próprios conjugues, ou seja, outro idoso, o que torna uma questão preocupante no tocante a recuperação e qualidade de vida dos mesmos.

O cuidador é de fundamental importância no processo de cuidado, sabe-se que o cuidador, e aquela pessoa com ou sem vínculo familiar que seja ou não capacitada para auxiliar o idoso em suas necessidades e atividades de vida diária, ou seja, aquele indivíduo que no espaço doméstico, realiza e/ou ajuda a pessoa com apresente algum tipo de limitação em realizar suas atividades básicas e instrumentais do cotidiano, com o intuito principal de preservar sua autonomia e sua independência (Brasil, 2012).

O estudo aponta que 62%, tem renda mensal de um salário mínimo, sendo, provenientes da aposentadoria, 38% recebem até dois salários mínimos. O que demonstra a fragilidade, uma vez que os mesmos relatam ser todo utilizado para os gastos essenciais.

Conforme Bento e Lebrão (2019), os idosos que possuem renda mais baixa, geralmente, apresentam piores condições de saúde e função física, fazendo com os mesmos utilizem forma mais reduzida os serviços de saúde, além do aumento da prevalência de doenças crônico-degenerativas.

Corroborando com o autor citado anteriormente Melo *et al.* (2017) afirmam que idosos que apresentam maiores níveis usufruem de melhores serviços de saúde, de acompanhamento, equipamentos de apoio e uma inserção social mais ativa, propiciando-lhes melhores condições de vida. Além disso, de acordo com os autores a renda dos idosos é importante para que se possa compreender o idoso como um potencial consumidor, como um indivíduo ativo que possui necessidades decorrentes da idade e características pessoais, familiares, sociais, econômicas e culturais.

Foi evidenciado que 100% da amostra pesquisada apresenta algum problema de saúde, dentre as doenças relatadas 34%, apresentam pressão arterial alterada (hipertensão), pode-se observar também um número considerável de idosos que apresentam diabetes, constituindo 06,00% do grupo, doenças crônicas associadas como HAS+DM representaram 28,00% da amostra em questão seguida de HAS+DM+C representando 16,00% e por fim HAS+DM+CA totalizando 16,00% da amostra pesquisada.

A hipertensão arterial e o diabetes mellitus são as doenças mais comuns, apresentadas em idosos longevos, corroborando com o resultado da pesquisa Figueiredo *et al.* (2021) afirmam as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) se caracterizam por um conjunto de patologias de múltiplas causas e fatores de risco, longos períodos de latência e curso prolongado. Além do mais, têm origem não infecciosa e podem resultar em incapacidades

funcionais entre as mais frequentes estão hipertensão arterial, diabetes mellitus, câncer, doenças do aparelho circulatório e respiratório.

Os idosos quando questionados a respeito de quem poderia cuidar do mesmo caso ficasse incapacitado responderam na sua grande maioria (66%) filhos, seguido de esposa (8%), sobrinhos (6%) e outros (20%).

Segundo Leitão e Almeida (2020) cuidador é aquela pessoa que assume acima de tudo, a responsabilidade de cuidar de outra pessoa que seja totalmente dependente dela, ou apenas parcialmente dependente, a fim de dar suporte e assisti-la em todos os momentos que a mesma precisar até que haja uma melhora no quadro de saúde desta pessoa. Este cuidado não precisa ser prestado necessariamente por um profissional de saúde, podendo ser prestado por um familiar, vizinho, conhecido ou alguém que esteja disposto ajudar.

Diversos tipos de cuidadores são encontrados, dentre eles temos: cuidadores formais e informais, ou cuidadores principais e secundários. Dentre estes cuidadores citados, a literatura internacional discute o tipo de cuidador requerido para cada idoso dependente e incapacitado em relação à pessoa que mais é encontrada e preferida pelos próprios idosos, apontando assim quatro fatores, diante disto temos: parentescos geralmente encontraram cônjuges; gênero principalmente, a mulher; proximidade física aquele ou aquela que vive junto e proximidade afetiva podendo ser conjugal, pais e filhos (KARCH, 2018).

Embora sabendo que o cuidador familiar tem uma grande importância no Brasil, percebe-se que a grande maioria dos cuidadores informais não possui qualquer informação ou qualificação especifica para realização de tal cuidado, constituindo assim um fator de risco para a manutenção da QV do idoso, que por ele está sendo assistido (YNOUYE, 2019).

Em relação a prática de atividade física 46% da amostra respondeu sim e 54% não pratica nenhum exercício físico dentre os que praticam 95,65%, fazem caminhada e 04,34% andam de bicicleta, em relação a frequência desta prática relataram diariamente 34%, uma vez na semana 30%, duas vezes na semana 16% e três vezes na semana 20%.

É de suma importância, destacar que a prática da atividade física desempenha papel importante na qualidade de vida, proporcionando ações de atenção à saúde, como promoção da saúde e prevenção de doenças crônicas permitindo à população longevidade e bem-estar.

Sabe-se que é considerado um benefício indispensável à saúde corporal e mental, principalmente na terceira idade, principalmente quando se fala no declínio da capacidade funcional e o organismo por sua vez, enfraquece tornando-se suscetível ao desenvolvimento de doenças, vários estudos enfatizam a importância da qualidade da saúde na terceira idade, quando associada a prática da atividade física ou mobilidade como categoria para melhor

qualidade de vida nas condições orgânicas e retardo da degeneração física nesse grupo populacional (Camboim *et al.*, 2017).

Diante desses resultados, a gestão em saúde precisa estar preparada para enfrentar os desafios específicos dessa população, desenvolvendo políticas públicas inclusivas e estratégias de cuidado que atendam às demandas dos idosos em Brejo Santo-CE. A implementação de ações preventivas, a promoção de hábitos saudáveis e a capacitação de cuidadores são aspectos fundamentais para uma gestão eficaz e centrada nas necessidades dessa crescente parcela da população.

3.2. Análise da capacidade funcional dos idosos e seu grau de dependência

A Tabela 2 demonstra os resultados encontrados em participantes idosos a respeito da sua capacidade funcional e suas condições em realizar as ABVD, analisadas pelas variáveis contidas no Índice de Barthel. Foi feita uma divisão por gênero nas dez variáveis avaliadas.

Tabela 2 – Distribuição percentual dos idosos por grau de capacidade Funcional para as atividades básicas da vida diária (Índice de Barthel) geral e por sexo.

ABVD - Atividades Básicas da Vida Diária		**Geral**		**Masculino**		**Feminino**	
		N	%	N	%	N	%
Alimentação	**Dependente**	25	50,0	05	10,00	15	30,00
	Ajuda	15	30,0	05	10,00	10	20,00
	Independente	10	5,00	17	20,00	05	20,00
Banho	**Dependente**	40	80,00	20	40,00	20	40,00
	Independente	10	20,00	10	20,00	10	20,00
Vestir-se	**Dependente**	20	40,00	15	30,00	05	10,00
	Ajuda	15	30,00	10	20,00	05	10,00
	Independente	15	30,00	10	20,00	05	10,00
		Geral		**Masculino**		**Feminino**	
		N	%	N	%	N	%
Asseio	**Dependente**	30	60,00	15	30,00	15	30,00
	Independente	20	40,00	10	20,00	10	20,00
Evacuação	**Continente**	25	50,00	10	20,00	15	30,00
	Acidente	15	30,00	10	20,00	05	10,00
	Incontinente	15	30,00	05	10,00	10	20,00
Micção	**Continente**	20	40,00	10	20,00	10	20,00
	Acidente	15	30,00	10	20,00	05	10,00
	Incontinente	15	30,00	10	20,00	05	10,00
Ir ao banheiro	**Dependente**	25	50,00	15	30,00	10	20,00
	Ajuda	15	30,00	07	14,00	08	16,00
	Independente	10	20,00	07	14,00	03	06,00
Transferência	**Dependente**	25	50,00	15	30,00	05	10,00
	Grande ajuda	10	20,00	05	10,00	05	10,00

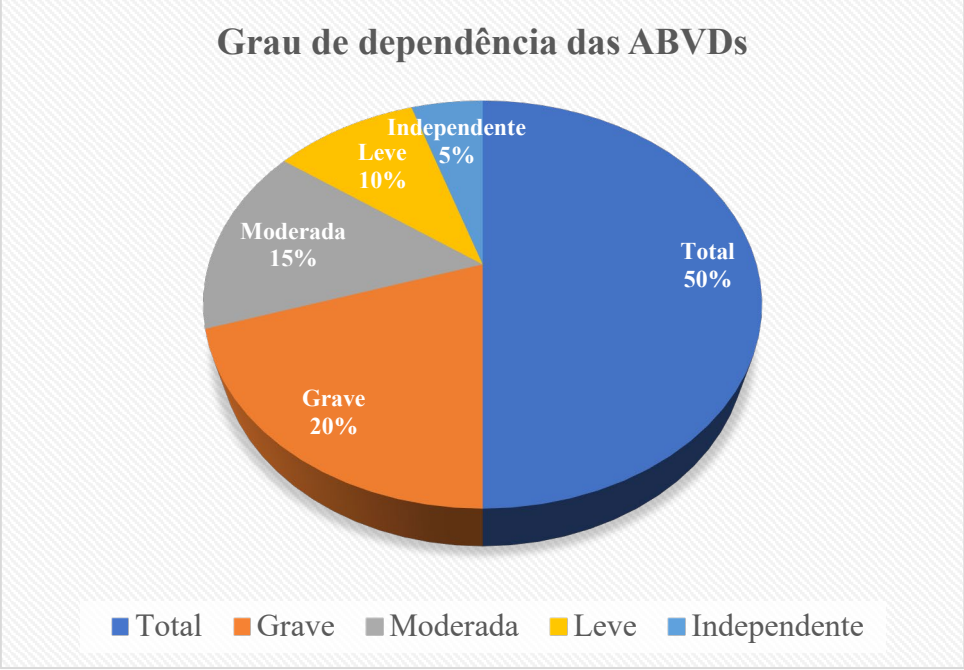
	Mínima ajuda	07	14,00	03	06,00	04	08,00
	Independente	08	16,00	04	08,00	04	08,00
Deambulação	**Dependente**	25	50,00	15	30,00	10	20,00
	Ajuda	10	20,00	05	10,00	05	10,00
	Independente	08	16,00	04	08,00	04	08,00
	Cadeirante	07	14,00	04	08,00	03	06,00
Usar escadas	**Dependente**	25	50,00	15	30,00	10	20,00
	Ajuda	15	30,00	07	14,00	08	16,00
	Independente	15	30,00	07	14,00	08	16,00

Fonte: Elaboração própria.

Ao analisar a Tabela 02, torna-se evidente que, de maneira geral, os participantes apresentam um desempenho insatisfatório nas Atividades Básicas da Vida Diária (AVDs), indicando um alto grau de dependência. A capacidade funcional, intimamente associada à presença de morbidades e deficiências, revela-se como um desafio crucial para a gestão em saúde, considerando sua influência multifatorial, abrangendo aspectos sócio-demográficos, comportamentais e psicossociais (Figueiredo, 2021).

A análise do grau de dependência, expresso pelo Índice de Barthel, destaca que metade dos participantes relata dependência total, indicando uma necessidade significativa de assistência para a realização das AVDs. O gráfico revela ainda que 20% apresentam dependência grave, 15% dependência moderada, 10% dependência leve, e apenas 5% são independentes. Esses resultados sinalizam para a urgência de intervenções específicas da gestão em saúde, direcionadas à melhoria da capacidade funcional desses idosos.

Figura 1 - Distribuição percentual dos octogenários pelo grau de dependência em relação à capacidade funcional.



Fonte: Elaboração própria.

A pesquisa mostra que a maioria dos indivíduos, ou seja, 25 das 50 pessoas entrevistadas nesta pesquisa são totalmente dependentes dos seus cuidadores, entretanto, percebe-se uma dependência considerável em relação a pequenos deslocamentos como descer e subir escadas. Sabe-se que com o passar dos anos o indivíduo passa por várias transformações dentre elas as fisiológicas e funcionais acarretando assim alguma incapacidade funcional e algum grau de dependência

Sabendo ainda que, a partir dos 80 anos é normal o idoso apresentar algum grau de comprometimento fisiológico na capacidade de realização das AVD, Costa *et al.* (2016) nos afirma que a intensidade e a frequência apresentada deste comprometimento são variadas dependendo das condições gerais de saúde que esse idoso apresentou ao longo da sua vida, associado ao seu estilo de vida.

A capacidade funcional pode ser conceituada através de vários pensamentos levando em consideração que a mesma é considerada ampla, e é influenciada por diversos fatores, tem um conceito que abrange dentre eles o potencial dos idosos de manter as habilidades físicas e mentais essenciais para a manutenção de uma vida independente e autônoma e para um envelhecimento ativo e saudável, para que seja avaliada é necessário agregar a este conceito a definição de incapacidade funcional, que é a presença de dificuldade, necessidade de ajuda ou impossibilidade de realizar atividades de vida diária (Júnior *et al.*, 2014).

No nosso cotidiano percebe-se, a existência de um número crescente de indivíduos idosos com doenças crônicas, as quais estão diretamente relacionadas com maior incapacidade para o desempenho de suas funções domésticas. Entretanto, observa-se que a incapacidade causa uma maior vulnerabilidade e dependência na velhice, aumenta a preocupação com o bem estar e qualidade de vida dos idosos, além das implicações que repercutem na vida de suas famílias e nas demandas por serviços de saúde (Costa *et al.*, 2016).

Nesse sentido, é imprescindível entender os fatores que podem estar relacionados à capacidade funcional do idoso para que a partir disso, se possa auxiliar no planejamento de ações e programas voltados a prevenção desses problemas de saúde e, assim, tentar minimizar a carga sobre a família e proporcionar uma melhor organização dos serviços de saúde (Júnior *et al.*, 2014).

O aumento da prevalência de doenças crônicas na população idosa contribui para a incapacidade funcional, gerando preocupações relacionadas ao bem-estar, qualidade de vida e demandas nos serviços de saúde. Diante desse cenário, a gestão em saúde desempenha um papel fundamental na compreensão e abordagem dos fatores que influenciam a capacidade funcional dos idosos. A necessidade de programas e ações preventivas direcionadas à

prevenção de problemas de saúde específicos dessa população é essencial. A minimização da carga sobre as famílias e a otimização dos serviços de saúde requerem uma abordagem proativa e integrada por parte da gestão, visando proporcionar uma melhor qualidade de vida aos idosos e promovendo um envelhecimento ativo e saudável.

4. CONCLUSÃO

Diante da análise detalhada sobre a atenção necessária à saúde da população idosa, com foco nas condições de saúde e capacidade funcional, sobretudo afetadas por doenças crônicas não degenerativas, a pesquisa revelou, por meio do Índice de Barthel, um predominante grau leve de dependência em relação aos cuidadores entre os octogenários avaliados. Isso reforça a constatação de que, mesmo com a longevidade, a maioria dos idosos não se encontra incapacitada para realizar suas atividades cotidianas, alinhando-se a achados prévios na literatura.

A atuação dos cuidadores se destaca como elemento crucial, assumindo a responsabilidade pelo cuidado de pessoas que necessitam de atenção específica. Entende-se que, embora não exista um conceito formal para a qualidade de vida, esta pode ser compreendida como um conjunto de elementos que influenciam o bem-estar físico, psicológico, saúde, educação, lazer, relações sociais e pessoais, bem como o sentido da vida de cada indivíduo.

Nesse contexto, fica claro que qualidade de vida, capacidade funcional, condições de saúde e longevidade estão intrinsecamente interconectadas, influenciando-se mutuamente. Entretanto, subsistem desafios no âmbito da saúde pública, com destaque para a necessidade de aprimorar a formação de cuidadores especializados para a população idosa e promover a inclusão desses idosos em grupos de apoio, proporcionando-lhes participação ativa na sociedade.

A presença efetiva da gestão em saúde se torna imperativa diante desses desafios. A formação e capacitação de cuidadores, a implementação de programas de apoio à população idosa e a criação de ambientes propícios ao envelhecimento saudável e pleno são aspectos que demandam intervenção ativa da gestão pública. Ao direcionar esforços para a promoção da saúde, prevenção de doenças e inclusão social, a gestão contribui de maneira significativa para uma melhoria substancial na qualidade de vida da população idosa. Essa abordagem proativa é essencial para enfrentar os desafios emergentes e construir uma sociedade que valorize e atenda às necessidades específicas desse grupo etário.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, M.M. **Introdução à metodologia do trabalho científico:** elaboração de trabalhos na graduação. 7ª Ed, 2. reimpressão – São Paulo: Atlas, 2016.

ALVES, C. L. A influência das doenças crônicas na capacidade funcional dos idosos do Município de São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v.23, n.8, 2017.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Atenção Básica e a Saúde da Família**. Departamento de Atenção Envelhecimento e saúde da pessoa idosa / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica – Brasília: Ministério da Saúde, 2008.
BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica Básica – DAB, Brasilia (DF), 2006.

CERVO, A.L. *et al.* **Metodologia Cientifica**. 6. ed. São Paulo: Editora Eletrônica, 2007.

CLARK, G.S.; SIEBENS, H.C. Reabilitação Geriátrica. In: DELISA, J.A.; GANS, B.M. **Tratado de Medicina de Reabilitação: Princípios e Práticas**. São Paulo: Manole, 2016. cap. 39, p. 1013-47.

CAMARGOS, M. C. S; PERPÉTUO, I. H. O.; MACHADO, C. J. Expectativa de vida com incapacidades funcional em idosos, em São Paulo Brasil. **Rev. Panam Salud Pública**. 2015.

CAMBOIM, F.E.F. *et al.* Benefícios da atividade física na terceira idade para a qualidade de vida. **Rev. Enferm. UFPE online**, v.11, n. 6, p.2415-22, 2017.

COSTA, E. C.; NAKATANI, K. A. Y.; BACHION, M. M. Capacidade de idosos da comunidade para desenvolver Atividades de Vida Diária e Atividades Instrumentais de Vida Diária. **Acta Paul. Enferm.**, v.19, n.1, supl.1**,** 2016.

DARDENGO, C.F.R; MAFRA, S. C. T. Os conceitos de velhice e envelhecimento ao longodotempo:contradiçãoou adaptação? **Rev Ciências Humanas,** v. 18, n. 2, 2018.

FRANÇA, C. L; MURTA, S.G. Prevenção e Promoção da Saúde Mental no Envelhecimento: Conceitos e Intervenções. **Psicol Ciência Prof.,** v;34, n.2, p.318-29, 2014.

KARSCH, U.M. Idosos dependentes: famílias e cuidadores. **Cad Saúde Pública,** v.19, n.3, 2003.

LEITAO, G. C. M.; ALMEIDA, D.T. O cuidador e sua qualidade de vida. **Acta Paul Enferm.**, v. 13, n.1, 2020.

MATSUDO, S. M.; MATSUDO, V. K. R.; NETO, T. L. B. Impacto do envelhecimento nas variáveis antropométricas, neuromotoras e metabólicas da aptidão física. **Rev Bras Ciênc Mov**., v. 8, n.4, p. 21-32, 2017.

PARAYBA, I. M.; VERAS, R.; MELZER, D. Incapacidade funcional entre as mulheres idosas no Brasil. **Rev Saúde Pública**, v.39, n.3, 2005.

PAULA, J.A.; ROQUE, F.P.; ARAÚJO, F.S. Qualidade de vida em cuidadores de idosos portadores de demência de Alzheimer. **J Bras Psiquiatr.**, v.57, n.4, p.283-7, 2008.

PAVARINI, S.C.I. *et al.* Família e Vulnerabilidade social: Um estudo com octogenários. **Rev Latino-Am Enfermagem.,** v;17, n.3, 2009.

PEREIRA, D.S. *et al.* Qualidade de vida e situação de saúde de idosos: um estudo de basepopulacional no Sertão Central do Ceará. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, v, 18, n.4, p.893-908, 2015.

PINTO, L. F; GIOVANELA, L. Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB). **Ciênc Saúde Coletiva,** v.23, n.6, p.1903-13, 2018.

RICCI, N. A. *et al.* Concordância de observações sobre a capacidade funcional de idosos em assistência domiciliar. **Rev. Saúde Pública,** v.39, n.4, 2015.

SCOREL, S.L. O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. **Rev Panam Salud Publica,** v.21, n.2, 2017.

VECCHIA, R. D.; RUIZ, T.; BOCCHI, S. C. Qualidade de vida na terceira idade: um conceito subjetivo. **Rev Bras Epidemiol.,** v.8 n.3 p.246- 252, 2015.

VIEIRA, R.S; VIEIRA, R.S. Saúde do idoso e execução da política nacional da pessoa idosa nas ações realizadas na atenção básica à saúde. **R. Dir. sanit.,** v.17 n.1, p. 14-37, 2016.

XAVIER, F. M.F. *et al.* Episódio depressivo maior, prevalência e impacto sobre qualidade de vida, sono e cognição em octogenários. **Rev. Bras. Psiquiat**., v.23, n. 2, 2015.

CAPÍTULO 17

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO DE INCONTINÊNCIA URINÁRIA NO PERÍODO GRAVÍDICO PUERPERAL: RELATO DE EXPERIÊNCIA A PARTIR DA PRECEPTORIA DE ESTÁGIO

DOI: 10.51859/amplla.gsi925.1125-17

Ana Paula Brandão de Sousa
Raquel Sampaio Florêncio

1. INTRODUÇÃO

A Incontinência Urinária (IU) é uma alteração que ocorre devido à perda urinária de maneira involuntária onde ocorrem alterações teciduais que acabam por comprometer o trato urinário inferior e os músculos do assoalho pélvico (MAP). Porém a IU não depende somente da integridade do MAP, pois ela pode ser ocasionada por diferentes motivos, como por exemplo: pela imobilidade do paciente, inaptidão e devido a outras doenças como diabetes e insuficiência cardíaca (Roman *et al.,* 2022).

A IU é definida pela Internationa Continence Society (ICS) como qualquer queixa de perda de urina, independentemente do grau de desconforto social ou higiênico que cause, avançando em média 14% a 57% das mulheres com idade entre 20 e 89 anos. O Brasil possui uma população que equivale a cerca de 190 milhões de habitantes, onde aproximadamente 56% são mulheres, dentre elas um terço desta população é acometida pela IU (Pereira *et al.*, 2019).

A IU pode ser classificada em três tipos principais, relacionados às circunstâncias da perda: incontinência urinária de urgência (IUU), quando é precedida por urgência miccional; incontinência urinária de esforço (IUE), quando ocorre em decorrência de esforço físico, espirro ou tosse; ou incontinência urinária mista (IUM), quando associada a urgência miccional e esforço físico, espirro ou tosse (Cruz; Lucena, 2020).

São muitos os fatores de risco que podem levar ao desenvolvimento da IU, tais como idade avançada, parto vaginal, redução dos níveis de estrogênio na menopausa, prolapso vesical ou uterino, constipação intestinal, raça branca, obesidade, cirurgias ginecológicas. Na menopausa as causas da IU são decorrentes da mudança na função ovariana, com redução dos níveis de estrogênio, levando a diminuição do trofismo e da vascularização dos músculos que

compõem o assoalho pélvico (MAP). O MAP se torna mais delicado, seco e menos elástico, tornando-se passível de estresses que possam levar a IU (Holzschuh; Sudbrack 2019).

Associa-se a isso a gravidez na adolescência e as mudanças corporais que ocorrem nessas jovens em crescimento, pode-se conjecturar que estes fatores aumentem a pressão intra-abdominal e elevem a pressão vesical além do esperado em gestantes adultas o que, caso ultrapasse a pressão uretral, resultará em incontinência urinária (IU). Neste cenário, a IU apresenta-se como um distúrbio que pode promover ainda mais implicações maternas em curto e longo prazo nesta população (Mendes; Mazzia; Zanetti, 2018).

Algumas adolescentes continuam em fase de crescimento durante a gestação, ocorrendo uma competição por nutrientes entre a gestante em desenvolvimento e o bebê a partir da 28ª semana de gestação. Como consequência, o bebê nasce com baixo peso e a adolescente apresenta maior ganho de peso, maior IMC e maior acúmulo de massa gorda central e periférica durante a gestação quando comparada com adolescentes e adultas não grávidas. As repercussões do maior ganho de peso e do IMC elevado em gestantes adolescentes são pesquisadas, evidenciando-se que estas jovens apresentam maior IMC tanto no fim da adolescência (aos 19 anos) quanto aos 6 e 9 anos após o parto (Goert *et al.,* 2019*).*

O aumento da pressão intra-abdominal devido ao peso e tamanho do útero gravídico, dificulta a integração fisiológica das estruturas do AP, podendo comprometer a sua funcionalidade. Foi observado um maior tônus para manter as funções de suporte e continência, como forma de compensação por esse aumento de carga. Pode se observar ainda que a tendência a alterações posturais como a anteversão pélvica, somada a horizontalização do sacro, alteram o ângulo de inserção da musculatura pélvica e abdominal o que pode causar uma deficiência na sustentação dos órgãos pélvicos e abdominais repercutindo também na funcionalidade destes músculos (Mendes; Mazzia; Zanetti, 2018).

Desse modo, disfunções nessas estruturas podem gerar incontinência urinária (IU) e fecal, distopias genitais e disfunções sexuais, podendo para além do 15 físico afetar o convívio social, pois as gestantes acometidas podem sentir-se incomodadas com estas disfunções em situações rotineiras de convívio social. A presença de IU com primeira ocorrência durante gravidez é denominada IU específica da gravidez (IU-EG). Tem impacto negativo na qualidade de vida ao longo do tempo e apesar de não ser inteiramente compreendida a sua fisiopatologia, a literatura traz como causa as alterações mecânicas e hormonais ocorridas neste período (Mendes; Mazzia; Zanetti, 2018).

Apesar da IU não ser uma doença ameaçadora de vida, tem um forte impacto negativo na qualidade de vida da mulher, interferindo de forma significativa nas atividades de vida

diária, tanto na esfera pessoal como social e profissional. A perda de urina constitui, ainda nos dias de hoje, um assunto tabu, que impõe restrições sociais, em grande parte por causa do sentimento de vergonha associado à sua perda em público e que impede uma mulher de realizar atividades fora de casa como caminhar, correr ou dançar e andar de carro. Para além da influência na área social, a IU é um fator com grande influência no estado emocional e psicológico da mulher, estando associada à presença de distúrbios concomitantes como a depressão e a ansiedade, e apresenta um papel muito relevante nas relações interpessoais (Preda; Moreira, 2019).

Baseado no citado e como profissional de saúde e supervisora de estágio de graduação identificara recorrência de mulheres com IU ou em risco para tal, esse estudo tem o objetivo de descrever a assistência de enfermagem na prevenção de incontinência urinária no período gravídico puerperal.

2. MÉTODO

Trata-se de um estudo do tipo relato de experiência com abordagem descritiva. O relato de experiência é uma ferramenta da pesquisa descritiva que apresenta uma reflexão sobre uma ação ou um conjunto de ações que abordam uma situação vivenciada no âmbito profissional de interesse da comunidade científica. Este relato foi vivenciado pela autora em sua atividade laboral no serviço de preceptoria de estágio das faculdades Uninta na cidade de Sobral- Ceará, as atividades ocorriam por vezes em unidades básicas de saúde e noutras em um hospital materno infantil de referência na região.

A população atendida eram mulheres jovens, em idade fértil, em maioria adolescentes, com problemas e características similares em sua maioria. Tinham idade inferior a 18 anos, eram fumantes, obesas, quadro que se agravava com a gestação, apresentavam infecção urinária recorrentes e internação por repetição devido o problema, alterações em valores pressóricos e outros distúrbios que aceleravam o trabalho de parto assim como o risco de prematuridade.

Para coleta de dados e avaliação das gestantes eram coletados seus dados principiais como dados como: os sociodemográfico, a escolaridade, medidas higiênico dietéticas, anamnese e exame físico gestacional, além de coletar suas principias queixas e oferecer informações relevantes sobre melhorias nas condições de vida no período, assim como junto com a equipe multiprofissional a orientação de exercícios pois mesmo em pequeno número começava a ser reincidente a presença de incontinência urinária em grávidas adolescentes, obesas, sedentárias e fumantes, assim como em grande multíparas, as quais normalmente

moravam distante da Unidade básica de Saúde e tinham, pouco acesso a informação, não eram assíduas na unidade de saúde e nem no pré-natal, algumas já estavam entre a sexta e a nona gestação, outras eram usuárias de drogas ilícitas, algumas adolescentes e outras com obesidade, hipertensão e diabetes associado.

Na perspectiva de minorar a ocorrência da IU e/ou diminuir suas implicações, os alunos do 4º a 6º semestre do curso de graduação em enfermagem se revezaram em atividades desenvolvidas semanalmente por cada um em uma Unidade Básica de Saúde e área de abrangência e nos estágios realizados na Unidade Materno Infantil, em ambiente hospitalar, onde a população alvo eram gestantes internadas por diversas patologias, mas que apresentavam fatores de risco para IU.

As atividades eram realizadas durante quatro meses, uma vez por semana e supervisionadas por duas docentes enfermeiras do curso. Inicialmente os estudantes eram apresentados a equipe da unidade de saúde onde era discutido com a equipe o perfil epidemiológico da área de abrangência e principais demandas na área de Uroginecologia e Obstetrícia, no campo hospitalar, os mesmos eram apresentados ao serviço para posterior identificação das gestantes internadas por patologias de diversas com risco de complicação.

No decorrer dos período foram desenvolvidas atividades como: avaliação físico-funcional de mulheres, grupo de reeducação postural para mulheres, visitas domiciliares compartilhadas a gestantes, puérperas e pacientes com afecções do sistema genitourinário, grupos de educação em saúde voltados a IU, encaminhamentos de pacientes para outros serviços, discussão de propostas terapêuticas por meio da clínica ampliada e de temas específicos e organização e participação em campanhas como o Outubro Rosa, além de diversas palestras de cunho educativo sobre o problema.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

No Brasil, o Ministério da Saúde criou o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), o qual tem como princípios e diretrizes propostas de descentralização, hierarquização e regionalização dos serviços, visando à integralidade e à equidade da atenção a mulheres. Esse programa é composto por uma equipe da qual fazem parte todas as categorias de profissionais da saúde, os quais compõe a equipe multiprofissional e interdisciplinar garantindo seu papel na atenção básica e fortalece sua importância. Por esse motivo, conhecer o desenvolvimento profissional na atenção primária (AP) faz-se determinante na adaptação dessa estratégia (Pereira; Ribeiro, 2022).

Entre as ações desempenhadas em consonância com a PAISM tem-se as ações voltadas à prevenção da incontinência urinária (IU) uma patologia que acomete milhões de pessoas de todas as idades, onde o público feminino é o mais acometido, principalmente porque afeta a qualidade de suas vidas. A Incontinência Urinaria independentemente do tipo, "É altamente prevalente em adultos e de duas a quatro vezes mais comum em mulheres do que em homens" (Silva, 2020). Fato este de grande relevância, pois esta alta incidência e pouca atenção ao problema foi observado no decorrer da vida profissional da pesquisadora, fazendo-a não identificar o problema como se inquietar com a mesma.

Estudos na área comprovam que a IU tem sua prevalência aumentada entre mulheres jovens na gestação e no pós-parto, devido as alterações que ocorrem no corpo neste período, evidenciando que, como em alguns dos estudos encontrados nesta revisão, a prevenção para esse grupo de mulheres é de relevante importância. Revisões sistemáticas na área concluíram que mulheres grávidas que foram randomizadas em um pré-natal intensivo tiveram uma queda de aproximadamente 30% nos relatórios de IU até 6 (seis) meses após o parto em comparação com mulheres randomizadas sem atendimento pré-natal usual e quaisquer atividades de prevenção do problema. Deste modo programas de promoção a saúde que visam fornecer informações e educar esse grupo de mulheres a fim de capacitá-las a tomarem decisões positivas em relação a seus hábitos de vida são estratégias úteis no alcance de bons resultados (Pereira; Ribeiro, 2022).

O aspecto citado, comunga com os achados da experiência proposta, pois as pacientes com diagnóstico de IU ou com risco de desenvolvê-la eram mulheres jovens, com idade entre 14 a 30 anos, estavam grávidas ou em pós parto, eram sobrepeso e apresentavam mais de um fator de risco para desenvolver o problema.

Outro fator que comprova que as mulheres são mais afetadas pela incontinência urinária, é a anatomia de seu sistema urinário que por ser interno o torna mais suscetível a problemas ligados à excreção, e ainda, eventos de vida particulares exclusivos das mulheres, tal como o parto e puerpério (Jacob *et al*., 2019).

Outra pesquisa, como o estudo realizado diz que que, a incontinência urinária se manifesta pela primeira vez durante a gravidez, atingindo de 23% a 50% das mulheres. Durante o puerpério, a incontinência urinária também pode estar presente, sendo referida como um problema higiênico, que interfere de forma significativa no trabalho na vida social e sexual das mulheres, podendo interferir de forma negativa em sua saúde qualidade de vida (Jacob *et al*., 2019).

Durante a experiência com mulheres proposta neste estudo, verificou-se número significativo de mulheres com IU no puerpério, as quais não tinham conhecimento nem instrução suficiente sobre o problema, sendo ele identificado durante as visitas domiciliares a partir da identificação de queixas, as quais elas atribuíam como associadas ao estresse puerperal.

Vale salientar que o puerpério é o período que se inicia da dequitação ao retorno do organismo às condições anteriores ao parto. De maneira geral, tem duração de seis a oito semanas, havendo variabilidade na duração, de acordo com cada mulher. Essa variação está relacionada, especialmente, às mudanças anatômicas e fisiológicas no organismo, embora questões de ordem psicossocial quanto à maternidade, sexualidade, autoestima, reorganização da vida pessoal e familiar, estejam ocorrendo concomitantemente e podem influenciar de forma direta para a passagem por esse período (Jacob *et al.*, 2019).

Durante a gestação, a prevalência de IU varia de 36 a 58%. verificaram que mais de uma em cada cinco mulheres referiam IU antes da gravidez, aumentando esse número para uma em cada três no início da gravidez e uma em cada duas, três meses após o parto. No puerpério são descritas taxas de 27 a 33% (Bezerra, 2019).

Um estudo de base populacional incluindo mulheres com até um ano de pós-parto mostrou que 33% das participantes apresentaram-se incontinentes três meses após o parto, com o dobro da prevalência no grupo de parto vaginal quando comparado ao grupo de parto cesáreo. No Brasil, 71% das puérperas referiram IU no pós-parto (Bezerra, 2019).

Pesquisas na área comprovam que mulheres submetidas a partos vaginal e cesárea, com e sem IU nos grupos com intervenção e prevenção para o problema evidencia melhora nas variáveis força muscular e perda de urina, apesar de haver algumas barreiras em relação à adesão das pacientes a medidas preventivas de IU no pós-parto podem ser superadas com intervenções bem delineadas e que sua seleção deve levar em consideração as características específicas desse momento peculiar do puerpério e formas de sensibilização da mulher para a adesão do treinamento (Saboia *et al,* 2018).

É imprescindível notar que alguns estudos revisados observaram maiores resultados de tratamento e presumivelmente eficácia durante a prevenção da IU, e que uma abordagem proativa de educação e promoção pode ser benéfica em muitos níveis. Todavia, pouca atenção ainda é dada à conduta preventiva, o que corrobora com os achados presentes na pesquisa (Pereira; Ribeiro, 2022).

Além do impacto positivo para a saúde da população feminina, a incorporação de modelo de orientações físicas na atenção primária à saúde poderia diminuir a quantidade de

encaminhamentos para o nível secundário. Isso proporcionaria maior agilidade na resolutividade dos casos e reduziria o tempo de espera das mulheres que realmente necessitam de consulta especializada (Pereira; Ribeiro, 2022).

Tais medidas devem ser realizadas na AP serviço esse conhecido como porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS) onde é imprescindível a abordagem preventiva e tratamento precoce para IU, pois é nesse nível que se podem desenvolver ações em relação aos sintomas da IU, com intuito de minimizar as complicações e danos à saúde e à funcionalidade. As atividades desenvolvidas no contexto da AP enfatizam atenção individual e coletiva tanto em nível preventivo quanto de reabilitação junto a diferentes públicos de mulheres (Pereira; Ribeiro, 2022).

Os programas educacionais realizados na AP para informar às mulheres sobre a IU têm valor potencial por aumentar a capacidade das mulheres de praticar o autocuidado de muitas maneiras diferentes. A inclusão de detalhes específicos sobre a IU e seus tratamentos, bem como o uso de uma linguagem de fácil compreensão, são essenciais para criar discussões significativas com as mulheres acometidas pela doença e, respectivamente, preveni-las. As mulheres podem obter informações de programas educacionais que lhes permitem obter as informações de que precisam sem ter que solicitá-las diretamente (Pereira; Ribeiro, 2022).

Nas ações preventivas realizadas nesse estudo, utilizou-se de instruções sobre a definição do problema, identificação dos sintomas e complicações. As ações foram baseadas em metodologias ativa de ensino e abordagem mnemônica de ensino das gestantes/parturientes, tal apresentação facilitou a oferta de conhecimento à população pesquisada e sua adesão e interesse sobre o tema.

A intervenção combinando aprendizagem construtivista é uma ferramenta de autogerenciamento baseada em evidências é eficaz na redução dos sintomas urinários. O profissional especializado em IU, portanto, deve atuar como provedor de saúde ou educador da mulher e familiares, a fim de promover a saúde e prevenir a IU ao longo de seu ciclo de vida. O papel do profissional especializado em IU é acompanhar a mulher durante seu processo de reabilitação, informando, orientando e aplicando intervenções baseadas em objetivos claros e realistas seja dentro das UBS, centros comunitários, domicílios, unidades de ensino (Pinto-Diaz *et al.*, 2019).

Nesse sentido, a Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS) estabelece para os municípios a garantia de ações básicas mínimas, como por exemplo, do pré-natal ao puerpério, entre outras assistências voltadas para a mulher. Face ao exposto, a IU ainda é um problema pouco divulgado, tanto dentro da área da saúde quanto nos meios de comunicação em geral. De

acordo com o National Institutes of Health Consensus Development Conference, muitas mulheres possuem os sintomas, porém poucas sabem que a maioria deste são tratáveis, podendo chegar à cura (Jacob *et al.*, 2019).

Outro aspecto interessante a se citar é que, a incontinência urinária não está relacionada somente a comprometimentos físicos, como também, a repercussões psicossociais que afetam a qualidade de vida da pessoa diretamente, limitando a autonomia, reduzindo a autoestima. Outros fatores influenciam como gênero, idade, condição socioeconômico e quantidade de perda de urina que ocasiona diferenças no comportamento pessoal referente a incontinência. O impacto dos sintomas está relacionado à percepção individual de cada mulher frente a severidade, tipo e quantidade da perda de urina (Silva, 2020).

Como o enfermeiro tem papel fundamental dentro de uma equipe multiprofissional, cabe a este profissional transmitir confiança e trabalhar a motivação de suas pacientes, de forma humanizada e individualizada, agregando conhecimentos sobre os distúrbios miccionais, auxiliando em uma avaliação clínica rápida e precisa, haja vista que muitas mulheres não relatam a perda urinária por achar normal e passageira (Jacob *et al.*, 2019).

Nesse sentido e considerando o cotidiano da mulher com incontinência urinária, reforça-se também a humanização da atenção em saúde, regulamentando que a humanização e a qualidade da atenção são aspectos primordiais. Nesse contexto, humanizar é muito mais que tratar bem ou de forma amigável, porém devem ser consideradas questões de acessibilidade ao serviço nos três níveis da assistência (federal, estadual e municipal), provisão de tecnologias necessárias, formulação de referência e contra referências, com isso proporcionar a usuária do sistema público condições necessárias para o seu acolhimento, gerando assim uma solução para a prevenção, o diagnóstico, tratamento e restabelecimento precoce (Bezerra, 2019).

Esse estudo apresentou como limitação a falta de pesquisas qualitativas, relacionadas sobre a percepção e o nível de conhecimento das mulheres sobre IU, assim como pesquisas que abordem mulheres portadoras de IU, seu perfil socioeconômico, mecanismos de enfretamento do problema, identificação de sinais do surgimento do distúrbio e informações que fortaleçam a discussão sobre o problema e suas repercussões sociais e oportunize mais informações para outras mulheres de quaisquer idades.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa realizada evidenciou a importância da discussão e prevenção da IU em todos dos setores de saúde**,** assim como a implantação de grupos de apoio as mulheres que

apresentem o problema nos municípios, a fim de fortalecer o conhecimento sobre o problema e seus mecanismos de enfrentamento.

Através do estudo, pode-se comprovar o impacto positivo da intervenção educativa na prevenção da IU e a importância dessa estratégia a ser implementada nos serviços de saúde principalmente na atenção primária e em toda rede de atenção como complementação ao cuidado habitual, com vistas à melhoria da qualidade da assistência prestada.

Além disso, também foi evidenciado que a terapêutica para IU em gestantes e puérperas deve abranger em sua composição: a preparação da equipe de enfermeiros obstétricos para orientar e aconselhar as pacientes no treinamento muscular do assoalho pélvico pós-parto e na reabilitação abdominal, a conscientização das pacientes sobre a importância e a efetividade destes autocuidados, a conscientização de um olhar qualificado dos profissionais envolvidos a fim de evitar o clima de normalização da IU e a necessidade de se manter um canal de comunicação direto com as pacientes.

Como evidências do presente estudo, salienta-se a importância de serem realizados novos e maiores estudos sobre a IU, abrangendo seu diagnóstico, fatores de risco e tratamento. Reforça-se ainda a necessidade de um maior investimento na promoção de ações visando a prevenção da IU em gestante e puérperas. Nota-se ainda que a orientação terapêutica tem uma contribuição fundamental para educar a mulher sobre o funcionamento do trato urinário inferior e a realização de exercícios da musculatura do assoalho pélvico para fortalecer a contração voluntária do músculo ao esforço. Pois percebe-se que a população afetada pela IU pode ser considerada desconfortável socialmente por essa condição clínica.

Espera-se que novas pesquisas sejam realizadas, sendo incluídos não somente o maior número de participantes possível, mas também outros aspectos como o conhecimento, atitude e prática em relação à incontinência urinária e ao manuseio de aplicativos.

As perspectivas de pesquisas futuras de aprofundamento sobre o tema, são de suma importância, com vistas a aumentar seu acervo bibliográfico e melhorar condutas e protocolos de tratamento e prevenção da IU. Sugerindo-se também que palestras, vídeos informativos e a inclusão do tema nas cadernetas pré natal e abordagem da gestante durante as consultas sejam relevantes para prevenir e identificar precocemente sua incidência. Ao agregar informações ao paciente sobre o tema e medidas preventivas acredita-se ser possível reduzir a necessidade de suporte da atenção primária, consequentemente os recursos podem ser utilizados para indivíduos com necessidades prioritárias dentro da rede de atenção.

O estudo apresentou como limitação poucas pesquisas realizadas pela enfermagem na área, onde maior volume de conteúdo sobre o tema era pesquisas realizadas por fisioterapeuta.

REFERÊNCIAS

BEZERRA, K.C. **Eficiência do continence app® para a prevenção da incontinência urinária em mulheres após o parto:** ensaio clínico randomizado e avaliação econômica. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, 2019.

CRUZ R.A.; LUCENA, R.; **Principais Questões sobre Incontinência e Urgência Urinária**. Portal de boas práticas em saúde da mulher da criança e do adolescente. Ministério da Saúde; Fundação Fio Cruz, 2020. Disponível em: https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-mulher/principais-questoes-sobre-incontinencia-e-urgencia-urinaria/ Acesso em: 20/07/2023.

GOERT, C. *et al.* Perfil gestacional de adolescentes atendidas em um hospital escola na cidade de São Paulo-SP. **Rev Bras Obesid Nutr Emagr**., v. 13. n. 80. p.510-523, 2019.

HOLZSCHUH J.T.; SUDBRACK A.C. Eficácia dos cones vaginais no fortalecimento do assoalho pélvico na incontinência urinária feminina pós- menopausa: estudo de casos. Rev Pesq Fisioter., v.9, n.4, 2019.

MENDES N.A.; MAZZIA M.C.; ZANETTI, M.R.D. Utilização do Epi-No na gestação e parto ABCS. **Health Sci.**, v.43, n.2, p.117-23, 2018.

JACOB, L.M.S. *et al*. Prevenção da incontinência urinária no puerpério. **Rev Enferm Atual Derme**, v.87, n.25, 2019.

PEREIRA, E.G.; RIBEIRO, A.M. Atenção primária na prevenção da incontinência urinária feminina: revisão integrativa de literatura. **Rev Bras Saúde Funcional**, v.10, n.1, 2022.

PEREIRA R.B. *et al*. Incontinência urinária feminina: uma revisão bibliográfica. **Rev Eletr Acervo Saúde**, v.11, n.14, 2019.

PINTOS-DÍAZ, M.Z. *et al*. Living with Urinary Incontinence: Potential Risks of Women's Health? A Quali-tative Study on the Perspectives of Female Patients Seeking Care for the First Time in a Specialized Center. **Int J Environ Res Public Health**, v.16, n.19, 2019.

PREDA A; MOREIRA, S. Incontinência urinária e disfunção sexual feminina: reabilitação do pavimento pélvico. **Acta Med Port**, v.32, n.11, 2019.

ROMAN, P. *et al*. Prevalência e fatores associados à incontinência urinária em agricultoras. **Fisioter. Mov.**, v.35, 2022.

SABOIA D.M. *et al.* The effectiveness of post-partum interventions to prevent urinary incontinence: a systematic review. **Rev Bras Enferm.,** v.71, n.3, p.1460-8, 2018.

SILVA, F.S.A. Os benefícios dos exercicios de kegel para prevenção da incontinência urinária em idosas. **Fac UNIRB Barreiras**, 2020.

CAPÍTULO 18

MANEJO E PROCESSAMENTO DE HEMOCOMPONENTES: SUBSÍDIOS PARA A PRÁTICA DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE

DOI: 10.51859/amplla.gsi925.1125-18

Fernando Nogueira Cavalcante
Lidia Andrade Lourinho
Virna Ribeiro Feitosa Cestari
Ana Kelvia Araújo Arcanjo
Andréa de Sousa Quintela

1. INTRODUÇÃO

A transfusão de hemocomponentes é uma prática extremamente relevante na terapêutica moderna sendo que se usada de forma adequada para as situações de agravo à saúde pode contribuir significativamente com a melhora do estado de saúde dos pacientes, todavia, intervenções terapêuticas erradas podem levar a complicações agudas ou tardias como o risco de transmissão de doenças infecciosas além disso, esta é uma prática que representa alto custo para o Sistema Único de Saúde (SUS) e que necessita de diversos recursos tecnológicos bem como humanos especializados para seu manuseio (Brasil, 2015).

Com isso, a doação de sangue torna-se um ato que assegura a sobrevivência de muitos indivíduos acometidos por diferentes morbidades. No Brasil a doação de sangue é realizada por um pequeno percentual da população brasileira, não sendo suficiente para cobrir toda a demanda. Segundo dados do Ministério da Saúde, apenas 1,9% da população brasileira é doadora de sangue, enquanto que a taxa ideal para autossuficiência seria de 3 a 5% (Gomes, 2016).

Sendo assim, a realização desse procedimento de forma não criteriosa torna os pacientes expostos a diversos riscos como reações transfusionais que podem ser graves, trazer sensibilização imunológica, falha terapêutica que consequentemente podem gerar maiores custos do tratamento e tempo de internação prolongado além de ansiedade no paciente e nos familiares envolvidos (Razouk; Reiche, 2004).

De acordo com a resolução RDC da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) nº 343, de dezembro de 2002 na qual dispõe sobre o regulamento técnico para obtenção, testagem, processamento e controle de qualidade de sangue e hemocomponentes para uso

humano destaca-se que os componentes sanguíneos são preparações obtidas pelo processamento, após centrifugação das bolsas de sangue total, onde serão extraídos concentrados de hemácias, plasma, plaquetas e crioprecipitado devendo ser mantida sua esterilidade durante todo o processamento através do emprego de métodos assépticos, equipamentos e soluções estéreis e livres de microrganismos. Nesse contexto, a transferência para a bolsa-satélite deverá ser feita por meio de circuito totalmente fechado (ANVISA, 2002).

Devido a necessidade e importância as técnicas de processamento de hemocomponentes atuais são capazes de realizar a produção e o armazenamento de diferentes hemocomponentes em condições adequadas para preservação de suas características terapêuticas, possibilitando que o paciente receba, em menor volume, somente elementos sanguíneos dos quais necessita, o que minimiza os riscos inerentes à terapêutica transfusional. Assim sendo através de uma única doação ou bolsa de sangue é possível salvar a vida de vários pacientes de forma adequada e segura (Brasil, 2015).

Neste ínterim, torna-se necessário a implementação de estratégias que colaborem com a produção do conhecimento de profissionais de saúde no espaço de trabalho para facilitar os mecanismos de educação permanente e continuada (Sousa, 2021).

A partir do exposto o presente estudo tem como objetivo identificar na literatura como se dá o manejo e processamento de hemocomponentes de forma a gerar subsídios para a prática de profissionais e estudantes da saúde interessados em assuntos relacionados à hemoterapia e hematologia.

Desta forma, acredita-se que o desenvolvimento deste estudo irá colaborar para uma melhor assistência de profissionais que atuam na assistência relacionada à pacientes que necessitam de utilização de sangue e hemocomponentes bem como contribuir com o desenvolvimento de tecnologias e o manejo e processamento efetivo dos componentes sanguíneos de modo a assegurar uma atenção à saúde eficiente e eficaz para transformação do sistema de saúde.

2. MÉTODO

Trata-se de revisão integrativa de literatura, que seguiu as etapas: Identificação do tema ou formulação da questão norteadora; Amostragem ou busca na literatura dos estudos; Categorização dos estudos; Avaliação dos estudos incluídos na revisão; Discussão e interpretação dos resultados e Síntese do conhecimento evidenciado nos artigos analisados ou apresentação dos resultados da revisão integrativa (Mendes; Silveira; Galvão, 2008).

Para formulação da questão norteadora utilizou-se a estratégia PICo (P: População, I: Fenômeno de interesse e Co: Contexto). Ela torna possível a construção da pergunta norteadora e, consequentemente, colabora na procura de evidências. Sendo assim, denota-se a seguinte formulação: P – Profissionais de Saúde**;** I – Hemocomponentes e Co – Manejo e processamento. O estudo contou com a seguinte questão norteadora: Como se dá o manejo e processamento de hemocomponentes realizado por profissionais de saúde?

A coleta de dados foi realizada no período de abril de 2023, sendo realizada em duas buscas. A primeira foi realizada nas bases de dados Literatura Latino-Americano e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Bases de Dados em Enfermagem (BDENF) indexados na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) assim como Scientific Electronic Library Online (SciELO). Como Operadores Lógicos Booleanos foram utilizados AND e OR em conjunto com os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): hematologia OR serviços de hemoterapia AND profissionais de saúde AND saúde, gerando um total de 43 produções.

Como critérios de inclusão adotou-se a disponibilidade online e na íntegra, em idioma português, inglês ou espanhol, que respondessem à questão da pesquisa e fossem publicados nos últimos 10 anos para garantir a atualização da temática e das produções pesquisadas. Sendo assim e com adoção desses critérios, totalizaram-se 28 produções iniciais.

A segunda busca foi realizada na Base de dados PUBMED. Como operador lógico booleano foi utilizado o AND OR em conjunto com os seguintes Medical Subject Headings (MeSH): Hematology AND "Health Personnel" OR "Personnel, Health" OR "Professional, Health Care" AND Educational Technology, gerando um total de 83 resultados. Como critérios de inclusão adotou-se todo o acesso aberto, publicação nos últimos 10 anos, que estivessem em português, inglês ou espanhol. Sendo assim, a amostra contou com um total de 27 documentos. O resumo das duas buscas está resumido no Quadro 1.

Quadro 1 - Busca em Base de dados.

Descritores	**Bases de Dados**	**Quantitativo de Produções/ Sem aplicação dos filtros**	**Quantitativo de Produções/ Após aplicação dos filtros**
Serviços de hemoterapia OR Hematologia AND profissionais de saúde	LILACS	35	17
	BDENF	15	9
	SciELO	06	02
Hemotherapy services OR Hematology AND healthcare professionals AND educational Technologies	PUBMED	83	27

Fonte: Elaboração própria.

Como critérios de exclusão adotou-se a duplicidade e aqueles que não apresentaram resposta para a questão norteadora. Após isso, foram excluídos 45 artigos por não responderem a questão norteadora e três por duplicidade, sendo mantido somente a primeira versão do estudo. Assim, o estudo contou com uma amostra final de oito artigos a serem lidos e analisados na íntegra.

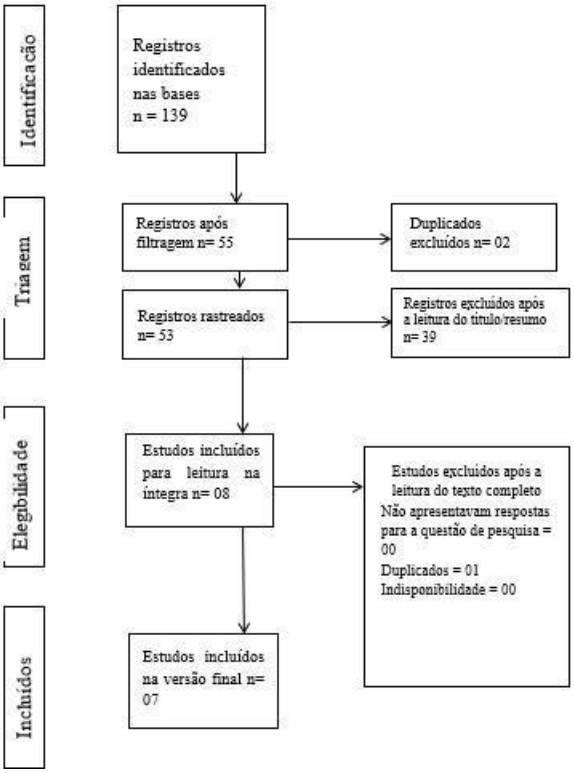
Para análise dos artigos utilizou-se como suporte metodológico a Análise de Conteúdo de Bardin na qual se baseia em três fases fundamentais: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados, inferência e interpretação (Bardin, 2011).

Após a análise da amostra inicial dos artigos incluídos após a adoção dos critérios de inclusão e exclusão, o estudo contou com uma amostra final de oito artigos. O fluxograma desse resultado está demonstrado na Figura 1.

É válido salientar que respeitando os princípios metodológicos, a busca e análise dos dados foi realizada por dois revisores independentes objetivando garantir a avaliação por pares. Após isso, o método para extração dos dados foi definido a partir da análise independentemente dos resultados de maneira a obtenção de resposta da questão norteadora do estudo.

Os resultados foram apresentados por meio de quadros de forma a sintetizá-los e possibilitar a construção do conhecimento com base na temática proposta, assim como a discussão com a literatura atualizada.

Figura 1 - Fluxograma de artigos incluídos na revisão integrativa.



Fonte: Elaboração própria.

3. RESULTADOS

3.1. Caracterização dos estudos incluídos

Foram incluídos na revisão integrativa 07 (sete) estudos de acordo com os critérios de inclusão e exclusão determinados com a metodologia proposta para os estudos. Os mesmos, estão devidamente caracterizados no quadro 1 no que diz respeito ao título, autoria, ano, idioma e principais resultados.

No que se refere ao ano de publicação, observou-se que aproximadamente 14,3% (n = 01) foi publicado em 2022, aproximadamente 14,3% (n = 01) foi publicado em 2021, aproximadamente 14,3% (n = 01) foi publicado em 2020, aproximadamente 14,3% (n = 01) foi publicado em 2019, aproximadamente 28,5% (n = 02) foram publicados em 2017) e aproximadamente 14,3% (n = 01) foi publicado em 2015).

Quanto ao idioma, percebeu-se que aproximadamente 42,9% (n = 03) foram publicados em idioma inglês e aproximadamente 57,1% (n = 04) foram publicados em idioma português. Não houve inclusão de artigos em idioma Espanhol.

Quadro 1 - Caracterização dos estudos incluídos na revisão integrativa.

Título	Autoria	Idioma	Principais resultados
Advances in the recruitment and loyalty of blood donors: A critical outlook over the Brazilian scenario	SILVA; SILVA; BATISTA (2022)	Inglês	A transfusão surge como uma alternativa para diversas patologias o que gera a necessidade de constantes aperfeiçoamento e a aplicação de políticas públicas mais evidentes que traçam perfis sociais de doadores de sangue
Renormalization of the nurses work in hemotherapy: between prescription and reality	FRANTZ; VARGAS (2021)	Inglês	Caracterizou-se o processo de trabalho do enfermeiro em hemoterapia de modo que foi possível perceber que as atividades realizadas são múltiplas e variam de acordo com a necessidade do serviço e vão desde trabalhos educativos até práticas gerenciais de modo a garantir a saúde do doador, qualidade do produto e segurança transfusional.
Tweeting from the Bench: Twitter and the Physician-Scientist Benefits and Challenges	LITTLE; ROMEE (2020)	Inglês	Percebe-se que as plataformas de mídias digitais são cada vez mais utilizadas para realização de interações para a disseminação de novas formas de processamento e manejo em hematologia e oncologia

Título	Autoria	Idioma	Principais resultados
Desafios e estratégias para doação de sangue e autossuficiência sob perspectivas regionais da Espanha e do Brasil	SOUZA; SANTORO (2019)	Português	São identificadas algumas dificuldades no processo de doação de sangue como o gerenciamento dos recursos e recrutamento e fidelização de doadores para manutenção de estoque, principalmente, no que se refere aos tipos raros de hemoderivados para isso torna-se necessário o uso racional do sangue em estoque
O papel do enfermeiro em tempo de internet: orientação e avaliação de informação em saúde	GUIMARÃES (2017)	Português	Foi observado principalmente as potencialidades e supervisores no uso de informações de sites sobre células-tronco hematopoiéticas no cuidado e elaboração de instrumentos para avaliação de qualidade das informação e o quanto isso torna-se importante para gerar subsídios para qualidade da prestação da assistência em saúde
Segurança e intervenção: assistência de enfermagem em hemotransfusão	SOUZA (2017)	Português	Foi vista as necessidades de orientação e monitoramento em práticas de hemoterapia na qual foi possível perceber a necessidade do profissional enfermeiro no manejo dos hemocomponentes e na hemovigilância
O estado da arte da formação profissional do técnico em hemoterapia	EVANGELISTA *et al.* (2015)	Português	Observou-se que a prática profissional dos técnicos em hemoterapia está voltada para o cotidiano de laboratórios e bancos de sangue em geral no processamento desses hemocomponentes

Fonte: Elaboração própria.

Os resultados sugerem a abordagem multidisciplinar para corresponsabilização no processo de aquisição de novos doadores de sangue e manipulação, processamento e manejo de hemocomponentes à medida que cita profissionais de Farmácia, enfermagem e técnicos de hemoterapias no exercício dessa função e na necessidade de constante evolução e aquisição de conhecimentos para preparo dos processos que são envolvidos. Para isso faz-se necessário estratégias de educação permanente e educação continuada que podem ser fornecidas como estratégia de inclusão, de forma virtual e interativa através de estratégias de informática em saúde como apontam os principais resultados dos estudos incluídos nesta análise.

4. DISCUSSÃO

A partir das evidências identificadas com os resultados propostos observou-se que o manejo e processamentos de hemocomponentes envolve um trabalho assistencial, educativo e gerencial de atividades que são desenvolvidas de acordo com a legislação pertinente de

maneira a garantir a qualidade de todo o curso terapêutico sendo o profissional enfermeiro indispensável (Frantz; Vargas, 2021).

Assim, essas atividades assistenciais incluem a triagem clínica de doadores que exige raciocínio clínico de percepção e interpretação de comportamentos, prestação de assistência sistematizada através de orientação e promoção de educação permanente da equipe bem como divulgação de políticas públicas eficazes de doação voluntária de sangue e, no que diz respeito a coleta, deve-se atentar para sinais vitais e monitorização de possíveis intercorrências (Padilha; Witt, 2011; Silva *et al.*, 2014)

Neste contexto, as tecnologias de informação surgem como importantes aparatos e recursos para auxílio e facilidade no processo de repasse de informações qualificada e rápida uma vez que elas possibilitaram um o acesso à informação através de suporte online facilitando também a administração do tempo dos profissionais que estão na prática (Guimarães, 2017).

O uso dessas tecnologias de informação é visto como possibilidade de produção, acesso e difusão de informações rápida para os indivíduos considerando a produção crescente e exponencial do número de informações e a necessidade de atualização constante dos profissionais que estão em atuação, esse método torna a difusão do conhecimento mais facilitada (Rodrigues, 2016).

Nesta perspectiva, em estudo realizado por Pequeno e Romee (2020), foi enfatizado a importância das plataformas digitais na interação e colaboração também para troca de informações, principalmente nas especialidades de hematologia e oncologia para uso e colaboração da promoção e repasse rápido de informações bem como cultivo e fornecimento de aprendizagem rápida, representando uma oportunidade de aprendizagem eficiente e protegida.

Observa-se que a partir de um contexto histórico e social instalado com o passar do tempo torna-se necessário a adoção de estratégias variadas que contribuam para o processamento e gerenciamento de hemocomponentes que incluem também o fato de lidar com o perfil de doadores que por vezes estão escassos na atualidades haja vista que ao longo do tempo encontra-se um perfil de doadores determinados pela soma de fatores extrínsecos a um prisma científico, espiritual, legal, cultural e humanístico que tem sido influenciado pelas novas tecnologias e baseadas também em ações de conscientização e apoio de ações (Silva; Silva; Batista, 2022).

Outros fatores notoriamente a ser estimulado para discussão nesse processo são as patologias que no decorrer de seu curso terapêutico geram a necessidade constante de processos voltados a transfusão de hemocomponentes e com isso a necessidade constante de

estoques de bolsas de sangue como são os casos dos cânceres de medula, hemofilias e anemias hemolíticas dentre outras patologias.

Todavia, são identificados alguns desafios no decorrer da trajetória como a fidelização de doadores e outros que que demandam intervenção, competências e/ou recursos que nem sempre estão disponíveis. Além deste muito citado, outros foram relacionados a necessidade de lidar com patologias emergentes, assegurar o uso racional de sangue, fazer boa gestão dos recursos e hemoderivados para sua melhor operacionalização (Souza; Santoro, 2019).

Neste ínterim, acredita-se que para melhor manejo dos hemocomponentes assim como do método assistencial que envolve esse processo há a necessidade de orientação e monitoramento da prática de hemoterapia que é prática comum a ser realizada pelos profissionais de saúde através da informatização, identificação do paciente, lista de verificação segura para o cliente/paciente submetido à hemotransfusão, identificação de reações adversas e outras questões relacionadas a hemovigilância e ao planejamento e execução da assistência à saúde (Souza, 2017).

Todavia, há outros profissionais envolvidos nesse processamento como é o caso do técnico em hemoterapia que é uma profissão que está imerso nos processos de triagem clínica, captação de doadores em potencial e que estão na prática em hemocentros e laboratórios em geral (Evangelista *et al.*, 2015).

Assim, este é um profissional de 2ª grau que possui dentre suas funções a participação no recrutamento de candidatos para a doação de sangue, processamento de coleta, armazenamento, expedição do sangue coletado, aplicação transfusional assim como participação no controle de qualidade devendo haver supervisão de um médico hemoterapeuta ou hematologista, não havendo esses especialistas qualquer profissional graduado em medicina poderá fazer essa supervisão (Assis *et al.*, 2018).

5. CONCLUSÃO

O manejo e processamento de hemocomponentes envolve uma atuação multi e interprofissional para a atenção qualificada ao paciente e aos potenciais doadores, assim como envolve processos gerenciais, educacionais, culturais e sociais que necessitam ser administrados por todos os profissionais que estão envolvidos.

Assim, as implicações práticas e assistenciais identificadas na literatura incluídas nesta revisão foram voltadas principalmente para os profissionais da saúde como enfermeiros e do técnico em hemoterapia no que diz respeito a captação de potenciais doadores, processamento de hemocomponentes processos de hemovigilância e gerenciamento de reações adversas.

Além disso, foram identificadas algumas questões pertinentes a práticas desses profissionais como a necessidade de atualização constante o que exige métodos rápidos de repasse de informações, na atualidade, muito se discute sobre as tecnologias de informação para garantir essa difusão rápida e educação continuada e permanente de qualidade, sendo extremamente relevante o uso de ferramentas tecnológicas no processo de aprendizagem destes profissionais.

Acredita-se que este estudo seja de grande relevância para os profissionais de saúde e principalmente para aqueles que atuam em hemoterapia ao demonstrar quais implicações práticas que estão associadas a busca de características que individualizam a assistência à saúde no processo de manejo e processamento de hemocomponentes bem como a demonstrar de forma facilitada o acesso rápido à informação. No entanto, algumas limitações podem ser percebidas no estudo, como a poucas referências na busca realizada nas bases de dados.

Ainda assim, considera-se que os resultados deste estudo contribuem para a assistência em hemoterapia e o manejo de hemocomponentes para a melhora da prática assistencial em centros de hemoterapia de maneira a prestar uma assistência mais humanizada de maneira a estimular a superação das limitações individuais e favorecer a superação do seu fazer profissional bem como ser útil para futuras pesquisas relacionadas à temática.

REFERÊNCIAS

ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução RDC ANVISA nº 343, de 13 de dezembro de 2002.** Dispõe sobre o Regulamento Técnico para a obtenção, testagem, processamento e Controle de Qualidade de Sangue e Hemocomponentes para uso humano, e dá outras providências. 2002.

ASSIS, L.N. *et al.* Contradições entre a grande demanda e a pequena oferta do curso técnico em hemoterapia no Brasil. **Trab. Educ. saúde**, v. 16, n. 2, 2018.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo.** São Paulo: Edições 70, 2011.

BRASIL. Ministério da saúde. **Guia para uso de hemocomponentes**. 2ª ed. 1ª reimp. Brasília, 2015.

EVANGELISTA, J.G. *et al.* O estado da arte da formação profissional do técnico em hemoterapia. **Espaç. Saúd**., v.16, n. 1, p. 48-58. 2015.

FRANTZ, S.R.S.; VARGAS, M.A.O. Renormalization of the nurses work in hemotherapy: between prescription and reality. **Texto Contexto Enferm.**, v. 30, 2021.

GOMES, F. S. L. **Estratégias de captação de doadores de sangue no Brasil:** cartilha educativa para o profissional professor. 119 f. Dissertação (Mestrado em Saúde e Tecnologia no Espaço Hospitalar) – Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2016.

GUIMARÃES, S.L. **O papel do enfermeiro em tempo de internet: orientação e avaliação de informação em saúde.** 178 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2017.
LITTLE, JS; ROMEE, R. Tweeting from the Bench: Twitter and the Physician-Scientist Benefits and Challenges. Current. Hematologic. **Malignancy reports**, v. 15, n. 6, p. 419-423. 2020.

MENDES, K.S.; SILVEIRA, R.C.C.P.; GALVÃO, C.M. Revisão integrativa: Métodos de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto Contexto Enferm**, v.17, n.4, p.758-64, 2008.

PADILHA, D.; WITT, R.R. Competências da enfermeira para triagem clínica de doadores de sangue. **Rev. Bras. Enferm**. v. 64, n. 2, 2011.

RAZOUK, F. H; REICHE, E. M. V. Caracterização, produção e indicação clínica dos principais hemocomponentes. Rev. Bras. **Hematol. Hemoter.**, v. 26, n. 2, 2004.

RODRIGUES, R. B. **Novas Tecnologias da Introdução e da Comunicação.** Recife: IFPE, 2016.

SILVA, Karla Fabiana Nunes et al. Nursing care procedures in response to adverse events to blood donation. Texto contexto – enferm. v. 23, n. 3, 2014.

SILVA, M.L.A.; SILVA, M.W.L.A.; BATISA, L.A.X. Advances in the recruitment and loyalty of blood donors: A critical outlook over the Brazilian scenario. **Medicina**, v. 55, n. 2, 2022.

SOUSA, R.V. **Tecnologias educacionais.** 1a ed. São Paulo: Quipá; 2021.

SOUZA, M.K.B.; SANTORO, P. Desafios e estratégias para doação e sangue e autossuficiência sob perspectivas regionais da Espanha e do Brasil. **Cad. Saúd. Colet.**, v. 27, n. 2, p. 195-201. 2019.

SOUZA, V. **Segurança e intervenção: assistência de enfermagem em hemotransfusão.** 126 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2017.

CAPÍTULO 19

A ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA REGULAÇÃO EM SAÚDE

DOI: 10.51859/amplla.gsi925.1125-19

Soraia Rolim Caldas
Thiago Santos Garces
Virna Ribeiro Feitosa Cestari

1. INTRODUÇÃO

A regulação em saúde visa estabelecer mecanismos para garantir a qualidade, a segurança e a eficiência da assistência à saúde, garantindo o acesso a serviços de qualidade, bem como o uso racional dos recursos disponíveis. Para isso, ela desenvolve ações de organização, gerenciamento e monitoramento dos serviços de saúde, com o objetivo de promover o acesso em tempo oportuno, ajustar demandas e ofertas, alocar recursos, avaliar e supervisionar as ações de saúde, bem como desenvolver sistemas de informação que permitam a tomada de decisão baseada em evidências (Cunha; Henrique; Costa, 2020).

Em todos os níveis de serviço de saúde, é necessário que haja uma Central de Regulação, nos serviços de Urgência Móveis como o SAMU, há a Central de Regulação de Urgência (CRU) (Santos *et al.*, 2012). A Central de Regulação é responsável por organizar a oferta de serviços de saúde, além de garantir a integração entre os diferentes níveis de atenção, otimizando o acesso dos usuários aos serviços de saúde necessários. Ela é responsável por realizar a triagem dos usuários para garantir que cada caso seja encaminhado para o serviço adequado, desde a atenção primária até a atenção especializada (Santos *et al.*, 2012; Fernandes, 2017).

Além disso, as centrais de regulação permitem que as equipes de saúde possam acompanhar de perto as tendências de eficiência e qualidade nos serviços de saúde. Isso significa que é possível identificar rapidamente os problemas que afetam a qualidade dos serviços e tomar as medidas corretivas necessárias para melhorá-los. Isso é útil para aprimorar o desempenho das equipes de saúde e para garantir que os serviços sejam oferecidos de forma eficiente e eficaz (Pinheiro, 2019).

O estudo da identificação das atribuições do enfermeiro em relação à regulação em saúde é importante para o desenvolvimento de uma atuação profissional eficaz. Estas atribuições incluem a gestão dos processos regulatórios, a promoção da qualidade e segurança

dos serviços de saúde, a gestão de recursos, a realização de atividades de educação e capacitação, a monitoria de serviços de saúde, e a fornecimento de serviços de regulação. O enfermeiro também desempenha um papel importante na coordenação de serviços de saúde, na avaliação de cuidados de saúde, e na implementação de novas políticas e diretrizes (Ximenes Neto *et al.*, 2019; Pinheiro, 2019).

A partir do contexto apresentado, questionou-se: quais são as atividades desempenhadas por enfermeiros no contexto da Regulação em Saúde com ênfase em serviços de urgência e emergência? Assim, este estudo teve por objetivo descrever as atividades desenvolvidas por enfermeiros diante do cenário de regulação em saúde.

2. MÉTODO

O presente trabalho trata-se de uma Revisão Integrativa (RI), onde o método de pesquisa traz a Prática Baseada em Evidências, com o objetivo na sintetização dos resultados de forma sistemática e ordenada, fazendo com que o tema abordado seja aprofundado diante dos artigos incluídos (Cruz *et al*., 2021).

Para a elaboração da questão norteadora, utilizou-se a estratégia PICO (acrônimo para *patient, intervention, comparison, outcomes*). O primeiro elemento da estratégia (P) enfermeiros; o segundo (I) atividades desempenhadas; e o quarto elemento (O) Central de Regulação, urgência e emergência. Formando a pergunta: quais são as atividades desempenhadas por enfermeiros no contexto da Regulação em Saúde com ênfase em serviços de urgência e emergência? Nessa Revisão Integrativa o item (C) da estratégia PICO, não foi utilizado.

As bases de dados utilizadas foram: LILACS; MEDLINE, BDENF- ENFERMAGEM onde foram usados na pesquisa os descritores do DeCS: “enfermagem”; “enfermeiro’; “SAMU” e palavras-chave: “serviços de urgência e emergência”; “regulação”; “central de regulação”. As equações de busca estão descritas no Quadro 1.

Quadro1 - Equações de busca e resultados iniciais.

Base de dados	Equação de busca	Nº estudos
MEDLINE	Decs (enfermagem) OR Decs (enfermeiro) AND PC(Central de Regulação) OR PC(regulação) AND Decs (SAMU) OR PC(serviços de urgência e emergência)	755
LILACS	Decs (enfermagem) OR Decs (enfermeiro) AND PC(Central de Regulação) OR PC(regulação) AND Decs (SAMU) OR PC(serviços de urgência e emergência)	45

Base de dados	Equação de busca	Nº estudos
BDENF	Decs (enfermagem) OR Decs (enfermeiro) AND PC(Central de Regulação) OR PC(regulação) AND Decs (SAMU) OR PC(serviços de urgência e emergência)	39
TOTAL		839

Fonte: Elaboração própria.

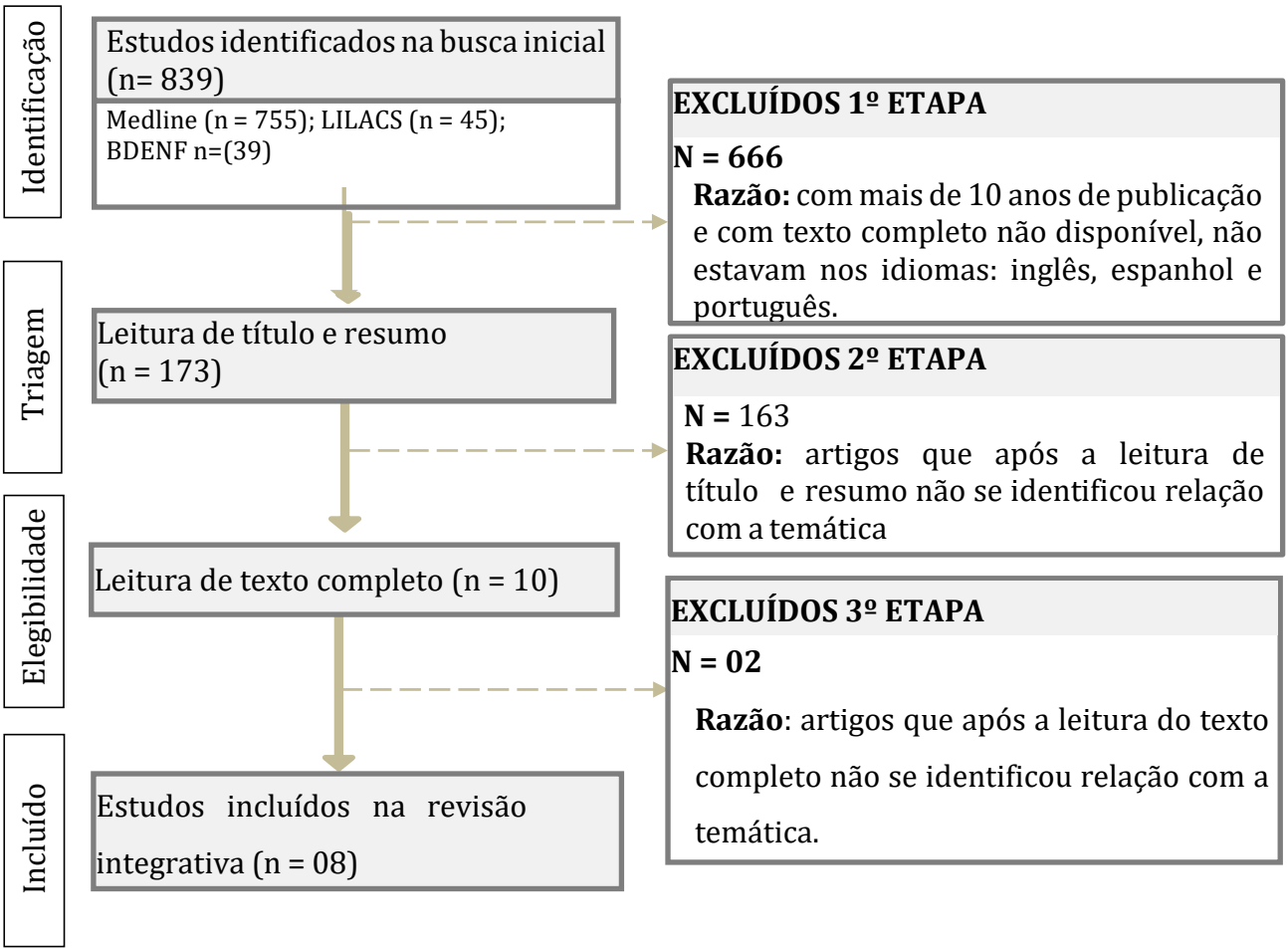
Os critérios de inclusão foram: trabalhos que tivessem no período de 2013 a 2023, idiomas em inglês, português e espanhol, que fossem publicados na íntegra. Os critérios de exclusão foram: trabalhos duplicados, que não estivessem no tema e objetivo de estudo e trabalhos que não estivessem à domínio público.

A pesquisa nas bases de dados obteve os seguintes resultados: foram encontrados 839 estudos iniciais. Aplicando os critérios de inclusão, 641 artigos não estavam nos últimos 10 anos, 04 não estavam em inglês, português e espanhol e 21 não estavam com o texto disponível, restando assim, 173 estudos para a leitura do título.

Posteriormente à leitura do título, foram excluídos 163 artigos, pois o mesmo não apresentava o tema proposto, restando assim 10 artigos, onde foram lidos os resumos e 08 artigos foram incluídos na presente Revisão Integrativa. O processo de escolha de artigos está descrito na (Figura 1).

Após a inclusão dos artigos escolhidos, para dar continuidade as etapas da Revisão Integrativa, foi feito uma extração dos principais dados dos artigos incluídos, avaliação dos principais resultados de cada trabalho e posteriormente feito uma síntese narrativa.

Figura 1 - Etapas do processo de seleção dos estudos.



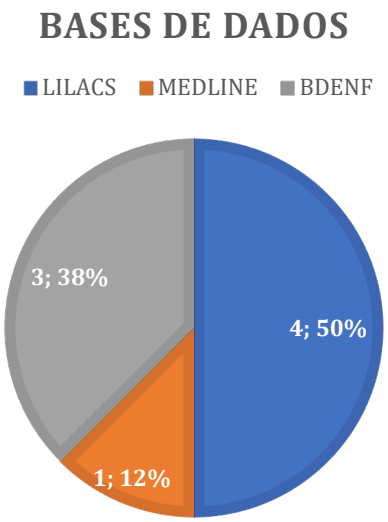
Fonte: Elaboração própria.

3. RESULTADOS

Diante das buscas feitas, esses foram os seguintes resultados: 01 estudo se encontra na base de dados MEDLINE; 03 na BDENF E 04 na LILACS (Figura 2). Em relação ao tipo de estudo 01 análise mista; 03 estudo descritivo, exploratório e qualitativo; 01 entrevista análise qualitativa; 01 pesquisa-ação; 01 estudo descritivo quantitativo; 01 estudo documental.

Quanto ao ano de publicação 02 foram no ano de 2016; 02 em 2018; 02 em 2019 e 02 em 2021 (Figura 2).

Figura 2 - Distribuição de artigos incluídos na Revisão Integrativa em relação as bases de dados.



Fonte: Elaboração própria.

Para dar continuidade as etapas da Revisão Integrativa, foi elaborado um quadro, onde foram elencadas principais informações dos estudos incluídos, como: título, autores, ano; objetivos e nível de evidência. Esse processo faz com que o autor identifique e organize a síntese de acordo com as temáticas abordadas (Quadro 2).

A avaliação dos dados com enfoque na qualidade metodológica requer a classificação dos estudos segundo as forças de evidências, sendo utilizada a classificação proposta por Melnyk e Fineout-Overholt (2005) que descreve os seguintes níveis de evidências: nível 1, no qual as evidências são provenientes de revisão sistemática ou metanálise, ensaios clínicos randomizados controlados ou oriundos de diretrizes clínicas baseadas em revisões sistemáticas de ensaios clínicos randomizados controlados; nível 2, evidências derivadas de pelo menos um ensaio clínico randomizado controlado bem delineado; nível 3, evidências obtidas de ensaios clínicos bem delineados sem randomização; nível 4, evidências provenientes 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 derivadas de um único estudo descritivo ou qualitativo; nível 7, evidências oriundas de opinião de autoridades e/ou relatório de comitês de especialistas.

Quadro 2 - Dados dos artigos incluídos na RI.

Autor/ano	Título	Objetivo	Nível de Evidência
Vieira (2016)	O enfermeiro na regulação na Estratégia de Saúde da Família: um estudo com base no conceito de redes sociais em municípios do Rio de Janeiro e Ceará.	Os objetivos do estudo foram identificar as redes sociais existentes no trabalho dos enfermeiros da ESF segundo o conceito de redes sociais; Listar os atores que compõem a redes sociais segundo os enfermeiros da ESF; Descrever a atuação dos atores que compõem as redes sociais que os enfermeiros da ESF integram; Discutir a relação entre as redes sociais e a ampliação do acesso dos usuários a rede de referência.	Nível 06
Peiter, Lanzoni e Oliveira (2016)	Regulação em saúde: a atuação de enfermeiros.	Compreender as atividades desenvolvidas por enfermeiros no contexto da regulação em saúde.	Nível 06
Mata et al. (2018)	Entraves no atendimento pré-hospitalar do SAMU: percepção dos enfermeiros.	Verificar a existência de dificuldades no atendimento do SAMU na percepção dos enfermeiros.	Nível 06
Fonseca et al. (2018)	Redes sociais, acesso e regulação dos serviços de saúde em um município de pequeno porte do Rio de Janeiro, Brasil.	O objetivo deste estudo foi conhecer as relações sociais dos trabalhadores em saúde da atenção básica para a regulação da assistência à saúde na perspectiva da rede social.	Nível 06
Miranda Neto (2019)	Práticas avançadas de enfermagem na atenção primária à saúde: subsídios para o desenvolvimento e a implementação em um sistema local de saúde.	Propor o processo de desenvolvimento das PAE na APS para sua futura implementação em um sistema local de saúde (SILOS).	Nível 05
Rodrigues et al. (2019)	Repercussões da implantação de um núcleo interno de regulação de leitos no processo de trabalho de enfermeiros.	Este estudo buscou compreender as repercussões da regulação de leitos no processo de trabalho de enfermeiros.	Nível 06
Santana et al. (2019)	Coping strategies used by hospital emergency nurses.	Analisar as Estratégias de Coping utilizadas por enfermeiras de emergência hospitalar.	Nível 06
Stefani (2021)	Vivências dos enfermeiros em práticas avançadas nos serviços de atendimento móvel de urgência.	O objetivo deste estudo é avaliar o SIV enquanto um campo de prática avançada pelos enfermeiros.	Nível 06

Fonte: autoria própria, 2023.

As análises das evidências científicas tiveram um grande percentual do Nível 06, totalizando 08 estudos, seguido pelo Nível 05, 01 estudo.

4. DISCUSSÃO

O enfermeiro desempenha um papel importante na promoção da saúde e prevenção de doenças. Ele é responsável por avaliar os pacientes e oferecer tratamentos apropriados, além de dar treinamento e educação para os pacientes e suas famílias. A enfermagem também pode ajudar a coordenar o cuidado com o paciente, incluindo o tratamento médico, prescrição de medicamentos e acompanhamento de procedimentos. Além disso, o enfermeiro pode fornecer aconselhamento e suporte emocional aos pacientes e suas famílias durante momentos difíceis (Miranda Neto, 2019; Vieira, 2016).

Se tratando da Regulação em saúde, o enfermeiro tem um papel relevante, pois é responsável por coordenar o cuidado dos pacientes. Além disso, os profissionais desempenham um papel fundamental para garantir o acesso aos serviços de saúde, auxiliando na identificação dos problemas, na definição de metas e na avaliação de resultados. O enfermeiro também pode contribuir para a regulação em saúde ao treinar outros profissionais de saúde. Além disso, garantem que os serviços de saúde sejam fornecidos de acordo com as normas e padrões estabelecidos (Peiter; Lanzoni; Oliveira, 2016; Mata *et al.*, 2018).

Em um estudo realizado por Silva *et al.* (2011), identificou que enfermeiros integravam a coordenação de regulação na Central de Regulação. Pode-se observar que além do enfermeiro ter atributos significativos também existiam as fragilidades da regulação.

O enfermeiro e descrito como ator integrante da gestão municipal e da estadual, sendo responsável tanto pela implantação como na organização do processo de trabalho nas Centrais de Regulação, onde pode-se elencar algumas atribuições: (1) gerenciamento de filas; (2) organização de frotas; (3) identificação de falhas; (4) integração e interdisciplinaridade entre as equipes (Stefani, 2021; Fonseca *et al.*, 2018).

Dessa forma, é possível perceber a importância do enfermeiro para o fortalecimento da regulação seja qual for o nível de saúde, pois o profissional é o responsável pela organização dos serviços e garantia da melhor qualidade de atendimento. Além disso, o enfermeiro possui conhecimento técnico, gerencial e humano para solucionar problemas no âmbito da saúde, sendo assim, um grande aliado para a implementação de sistemas de regulação eficazes (Miranda Neto, 2019; Vieira, 2016; Peiter; Lanzoni; Oliveira, 2016; Mata *et al.*, 2018; Stefani, 2021; Fonseca *et al.*, 2018).

Além da capacidade de compreender e aplicar os princípios e diretrizes da assistência à saúde, o enfermeiro deve desenvolver capacidade de gestão e liderança, de modo a melhorar os processos de trabalho e otimizar os resultados. Para que isso ocorra, é preciso que o

enfermeiro se qualifique para exercer atividades de liderança e gerenciamento, bem como adquirir conhecimentos e habilidades para lidar com as tecnologias mais avançadas, desenvolver habilidades de comunicação e compreensão (Rodrigues *et al.*, 2019).

Tratando-se da temática de Regulação de leitos, a mesma é fundamentada em princípios que norteiam os processos de tomada de decisão e ações dos Núcleos Internos de Regulação (NIRs), como o princípio da equidade, da legalidade, da eficiência, da segurança, da qualidade, da transparência, da responsabilidade social e da direção estratégica (Regis; Batista, 2015). A regulação de leitos visa, portanto, ao aumento da eficiência da gestão hospitalar, ao controle das filas de espera, ao aumento de produtividade e à melhoria da qualidade dos serviços prestados, garantindo que os leitos sejam usados de forma efetiva e que os usuários tenham acesso a serviços de qualidade (Rodrigues *et al.*, 2019).

A atuação do enfermeiro regulador na CRU do serviço APH está vinculada à gestão de ambulâncias básicas e avançadas; monitorar o tempo de resposta desde a viagem do equipamento até a conclusão do serviço permitir transferência para unidade hospitalar, se necessário; acompanhamento diário das vagas disponíveis na rede de urgência e emergência em nível municipal e estadual; desenvolvimento de escalas da equipe de enfermagem; criar checklists de mídia via Rádio, Celular e Sistema Interno (SAEVI); acompanhar a atualização das unidades de saúde de referência da rede de urgência e emergência, prestar apoio aos reguladores médicos e apoio aos operadores logísticos; gerenciar conflitos; e manter contato permanente com equipes de bases descentralizadas, dependendo da área geográfica da cidade (Mata *et al.*, 2018; Stefani, 2021).

Pôde identificar através dos estudos que o enfermeiro tem papel fundamental para o fortalecimento da política pública de Regulação em Saúde (Oliveira; Elias, 2012). Podendo atuar em todos os níveis de Regulação, onde foram citadas aqui, regulação de leitos, central de regulação SAMU, serviços de urgência e emergência e na Atenção Primária em Saúde.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A enfermagem tem um papel de relevância na execução de políticas públicas em saúde e uma delas é a regulação, seja do acesso ou assistência. Diante dos estudos apresentados, pode-se afirmar que o enfermeiro atua nos três níveis de regulação, primária, secundária e terciária e possui as seguintes funções:

- Gerenciamento;
- Gestão;
- Assistência;

- Monitoramento e avaliação;
- Treinamento de equipe;
- Identificação de falhas;
- Prevenção e promoção à saúde;
- Liderança.

REFERÊNCIAS

CUNHA, C.M.S.L.M.; HENRIQUES, M.A.P.; COSTA, A.C.J.S. A enfermagem de saúde pública: regulação e políticas públicas de saúde. **Rev Bras Enferm.**, v. 73, 2020.

FERNANDES, F.S.L. **O processo de trabalho da Central de Regulação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência-SAMU 192 do município de São Paulo**. Tese. (Doutorado) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2017.

FINEOUT-OVERHOLT, E.; MELNYK, B.M.; SCHULTZ, A. Transforming health care from the inside out: advancing evidence-based practice in the 21st century. **J Prof Nurs.**, v. 21, n. 6, p. 335-344, 2005.

FONSECA, J.S.A. *et al.* Redes sociais, acesso e regulação dos serviços de saúde em um município de pequeno porte do Rio de Janeiro, Brasil. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 23, p. 3211-3222, 2018.

MIRANDA NETO, M.V. **Práticas avançadas de enfermagem na atenção primária à saúde: subsídios para o desenvolvimento e a implementação em um sistema local de saúde**. Tese (Doutorado) - Universidade de São Paulo, São Paulo, 2019.

MATA, K.S.S. *et al.* Entraves no atendimento pré-hospitalar do SAMU: percepção dos enfermeiros. **Rev. enferm. UFPE on line**, p. 2137-2145, 2018.

OLIVEIRA, R.R.; ELIAS, P.E.M. Conceitos de regulação em saúde no Brasil. **Rev Saúde Pública**, v. 46, p. 571-576, 2012.

PEITER, C.C.; LANZONI, G.M.M.; OLIVEIRA, W.F. Regulação em saúde: a atuação de enfermeiros. **Rev Rene**, v. 17, n. 6, pág. 820-827, 2016.

PINHEIRO, A.C.S. **Inovação em central de regulação-multiprofissionalismo ou novas competências? Estudo de caso da seccional do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) do Rio Grande do Sul.** 79 f. Dissertação (Mestrado em Ensino na Saúde) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2019.

REGIS, C.G.; BATISTA, N.A. O enfermeiro na área da saúde coletiva: concepções e competências. **Rev Bras Enferm.**, v. 68, p. 830-836, 2015.

RODRIGUES, L.C.R. *et al.* Repercussões da implantação de um núcleo interno de regulação de leitos no processo de trabalho de enfermeiros. **Rev. Salusvita**, p. 843-859, 2019.

SANTANA, T.S. *et al.* Coping strategies used by hospital emergency nurses. **Texto Contexto Enferm.**, v. 30, 2021.

SANTOS, M.C. *et al.* O processo comunicativo no serviço de atendimento móvel de urgência (SAMU-192). **Rev Gaúcha Enferm.**, v. 33, p. 69-76, 2012.

SILVA, M.V.S. *et al.* Regulação do acesso à saúde: o processo de trabalho administrativo da enfermagem. **Esc Anna Nery Rev Enferm.**, v. 15, n. 3, p. 550-557, 2011.

STEFANI, Giane Alves. **Vivências dos enfermeiros em práticas avançadas nos serviços de atendimento móvel de urgência**. 2021. Tese. (Doutorado em Enfermagem) - Universidade de São Paulo, São Paulo, 2021.

VIEIRA, A.C.T. *et al.* **O enfermeiro na regulação na Estratégia de Saúde da Família: um estudo com base no conceito de redes sociais em municípios do Rio de Janeiro e Ceará.** 97 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2016.

XIMENES NETO, F.R.G. *et al.* Reflexões sobre a formação em Enfermagem no Brasil a partir da regulamentação do Sistema Único de Saúde. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 25, p. 37-46, 2019.

CAPÍTULO 20

EDUCAÇÃO PERMANENTE DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE NO CUIDADO ÀS PESSOAS COM DIABETES MELLITUS TIPO 2 EM USO DE INSULINA

DOI: 10.51859/amplla.gsi925.1125-20

Sabrina Montenegro Cruz
Rosana da Saúde de Farias e Freitas
Sabrina Maria Carreiro Almeida
Virna Ribeiro Feitosa Cestari
Indara Cavalcante Bezerra
Maria Eliana Peixoto Bessa

1. INTRODUÇÃO

Os questionamentos sobre educação no campo da saúde surgem desde 1986, na I Conferência Nacional de Recursos Humanos da Saúde. A Política de Educação Permanente em Saúde foi criada em 2004 e teve como inovação a inclusão do serviço como parte do desenvolvimento contínuo dos trabalhadores, expandindo ações de iniciativas educacionais nas instituições de formação, no ambiente laboral e na administração da saúde, visando aprimorar a interação com os usuários (Teixeira *et al.*, 2023).

Uma das grandes áreas na saúde que precisa de uma atualização constante por parte dos profissionais de saúde é o cuidado aos pacientes com doenças crônicas não transmissíveis, destacando-se o cuidado da população com Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2). O DM2 muitas vezes se relaciona à obesidade e ao processo de envelhecimento. Sua manifestação é gradual, marcada por resistência à insulina e uma diminuição parcial na secreção de insulina pelas células ß do pâncreas, juntamente com modificações na liberação de incretinas (Sociedade Brasileira de Diabetes [SBD], 2023).

Segundo o Ministério da Saúde, o DM2 corresponde a aproximadamente 95% dos casos de diabetes e está frequentemente vinculado à idade avançada, excesso de peso, padrões alimentares inadequados e falta de atividade física (Brasil, 2020). A mais recente portaria do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) para o manejo do DM2 no Sistema Único de Saúde (SUS) foi divulgada em 2020. Nessa portaria a terapia com insulina é recomendada quando o controle glicêmico não é alcançado com a utilização de medicamentos antidiabéticos orais (Brasil, 2020).

Quanto ao monitoramento, destaca-se a abordagem multidisciplinar no tratamento do DM2, incorporando a promoção da saúde e intervenções em aspectos alimentares, atividade física e bem-estar psicológico. Além disso, ressalta-se a importância do controle de comorbidades e imunizações. É enfatizado que um elevado número de pacientes com DM2 recebe acompanhamento na Atenção Primária à Saúde, exigindo que os profissionais desta área estejam capacitados e atualizados para gerenciar essa condição tão comum na prática clínica (Sociedade Brasileira de Diabetes, 2023).

Portanto, esse estudo tem como objetivo identificar aspectos relevantes e atuais sobre os programas de educação permanente para profissionais sobre o manejo farmacológico de insulina em pacientes com diabetes mellitus tipo 2.

2. MÉTODO

O tipo de estudo elencado é uma revisão integrativa da literatura. Essa metodologia permite compilar a síntese dos resultados de estudos primários, contribuindo para o desenvolvimento de uma visão renovada em relação ao tema da pesquisa (Souza *et al.,* 2010; Mendes *et al.,* 2008). A revisão foi realizada em setembro de 2023, com base na proposta de Ganong (1987), que elenca cinco etapas: (1) seleção do tema/pergunta; (2) seleção dos critérios de inclusão; (3) apresentação de características dos estudos; (4) análise dos resultados; e (5) interpretação dos resultados (Ganong, 1987).

Para elaboração da questão de pesquisa foi utilizado o acrônimo de População, Conceito e Contexto (PCC), que auxiliou na identificação dos tópicos-chave, em que (P) corresponde a pacientes com diabetes mellitus, (C) uso de insulina e (C) educação permanente para os profissionais de saúde, resultando na seguinte pergunta norteadora: Como a educação permanente dos profissionais de saúde pode melhorar no manejo de pacientes com diabetes mellitus tipo 2 em uso de insulina?

Na segunda etapa da revisão houve a construção da estratégia de busca na Biblioteca Virtual da Saúde (BVS) e seleção dos estudos. Para isso foram definidos os descritores a serem utilizados, os quais foram: “Diabetes mellitus”; “Insulina”; “*Education continuing*”; “*Health personnel*”. Na busca foi feito o cruzamento dos descritores em inglês com o método boleano AND: (diabetes mellitus) AND (insulina) AND (*education continuing*) AND (*health personnel*).

Os artigos incluídos foram aqueles publicados no período dos anos 2013-2023 e disponíveis em texto completo, gratuito e nos idiomas português, inglês ou espanhol. Foram

excluídos os artigos duplicados ou incompletos, publicados em outros idiomas, teses, dissertações e capítulos de livros. Após isto, as referências foram compiladas no programa *Mendeley Reference Manager* e transferidas para o programa *Excel for Windows* 10, checando novamente as duplicações.

Iniciou com 47 artigos, após aplicação dos filtros e exclusão dos duplicados restaram 18 artigos para análise completa. Cada artigo foi avaliado respectivamente pelo título, o resumo e a possibilidade de leitura na íntegra dos estudos; sendo selecionados, ao final, seis estudos para compor essa revisão.

A exposição dos resultados e da discussão das informações obtidas foi realizada de modo descritivo, permitindo ao leitor a avaliação da aplicabilidade da revisão apresentada, com a intenção de alcançar o objetivo proposto.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os estudos selecionados após leitura integral do texto totalizam seis artigos, conforme os critérios de inclusão e exclusão previamente citados, são apresentados na Figura 1.

Figura 1 – Artigos selecionados após análise das publicações seguindo aspectos metodológicos

Autores (Ano)	Objetivo	Tipo e local de estudo	Conclusão
Paraizo *et al.* (2018)	Investigar o conhecimento dos enfermeiros as unidades de atenção primária sobre Diabetes Mellitus.	Qualitativo, analítico e exploratório, realizado em um município do sul de Minas Gerais.	O desconhecimento dos enfermeiros sobre conceitos do DM, exames, diagnósticos, complicações, tratamento, cuidados e gerenciamento da insulina, bem como direitos da pessoa com DM.
Paul *et al.* (2017)	Descrever uma intervenção de educação continuada para médicos da clínica geral rurais e seu impacto na viabilidade sobre os efeitos da educação médica continuada no monitoramento e controle do diabetes em toda a cidade.	Ensaio clínico randomizado realizado na Austrália.	Constatou-se uma necessidade contínua de envolver os médicos de cuidados primários na melhoria da monitorização e gestão do diabetes nas zonas rurais.
Ndayisaba *et al*. (2017)	Descrever um programa de orientação clínica e melhoria da qualidade que conecta os enfermeiros mentores com enfermeiros orientandos para apoiar a descentralização dos cuidados com DM2 na zona rural de Ruanda.	Estudo descritivo realizado em Ruanda, na África Central.	Que o treinamento específico em DM2 para enfermeiros em centros de saúde, combinado com orientação clínica e iniciativas de aprimoramento da qualidade, pode levar a adesão desses profissionais aos protocolos de gestão do diabetes.

Autores (Ano)	Objetivo	Tipo e local de estudo	Conclusão
Okuroglu; Alpar (2016)	Desenvolver um programa de educação sobre DM2 para profissionais de saúde.	Estudo experimental.	A pesquisa concluiu que o software WB-DEP foi compreensível e informativo e que aumenta o conhecimento dos participantes sobre diabetes.
Sweeney; Kenny; Schubert (2013)	Realizar uma intervenção educacional com a terapia bomba de insulina com enfermeiros de um hospital universitário.	Pesquisa baseada em evidências construída por integração de métodos mistos.	Demonstra que competências na bomba de insulina são necessárias para atender as necessidades especiais dos pacientes com diabetes e promover a sua segurança.
Paul *et al*. (2013)	Avaliar o impacto de uma intervenção educacional baseada na web sobre cuidados com o diabetes prestados por médico clínico geral.	Ensaio clínico randomizado controlado com comunidades rurais.	Os autores identificaram lacunas no estudo, sugerindo que os resultados possam conduzir médico clínico geral a uma abordagem no cuidado ao diabetes, incluindo múltiplas técnicas educacionais.

Fonte: Elaboração própria.

Após a análise dos resultados encontrados nos artigos foi possível identificar a contribuição dos momentos de educação permanente e a integração dos diversos profissionais de saúde. Apesar de os artigos selecionados terem a profissão do médico e do enfermeiro como sujeitos de destaque no cuidado ao paciente com DM2 em insulinização, vale destacar a importância da contribuição do farmacêutico no manejo de doenças crônicas, incluindo os pacientes com DM2.

Nota-se que nenhum dos estudos selecionados abordam as experiências de farmacêuticos. É importante fazer o seguinte questionamento: será que o profissional farmacêutico é visto pela equipe de saúde como parte do cuidado clínico ou apenas como um profissional para gerir estoque de medicamentos?

Lavrins (2016) frisa a importância do farmacêutico na melhoria da qualidade de vida dos pacientes com diabetes, tendo papel relevante de educador em saúde, fornecendo orientações farmacêuticas farmacológicas ou não farmacológicas.

A complexidade de indivíduos com DM2, em especial os que não têm estabilidade nas suas curvas glicêmicas, demanda a compreensão do funcionamento de mecanismos fisiopatológicos predominantes, devido à resistência periférica. Diversos são os elementos que contribuem para essa resistência insulínica, como obesidade, falta de atividade física e predisposição genética (Lucas Neto, 2018; Sociedade Brasileira de Diabetes, 2023).

Um estudo realizado por Paraizo *et al.* (2018), com 13 enfermeiros, demonstrou que dentre estes profissionais ficou evidenciado um desconhecimento da maioria dos participantes

dos tipos de insulina disponíveis no Brasil, bem como tempo de ação, mecanismo de ação e técnicas de aplicação e armazenamento. Tais dados corroboram com um estudo realizado na Turquia em 2014, no qual 39% dos enfermeiros possuíam conhecimento insatisfatório sobre a insulinoterapia (Bornhausen *et al*., 2014).

Do mesmo modo ocorreu no estudo de Cristina *et al*., (2017), no qual houve uma baixa aceitação de uma intervenção *online* sobre diabetes para médicos clínicos gerais. No trabalho de Paraizo *et al.* (2018), três enfermeiras não participaram do estudo. Embora a temática sobre DM seja comum no fazer desses profissionais, principalmente da Atenção Básica, percebe-se um déficit de conhecimento atualizado. Cuidar dessas pessoas requer desses, e dos demais trabalhadores de saúde, habilidades e conhecimentos específicos sobre a doença, pois só assim poderá ser feita uma melhor orientação para esse público.

Paul *et al*. (2013) abordou, em sua pesquisa, estratégias de intervenções aos médicos da família, conhecimentos prévios para a gestão do cuidado primário em diabetes e aperfeiçoamento de competências, tais como módulo de aprendizagem online, que incluiu apresentações de diretrizes clínicas baseadas em evidências, demonstrações em vídeo, estudo de caso, questionários, atividades de autorreflexão e um fórum de discussão entre os participantes. Assim, os autores avaliaram que somente os resultados dos exames não são suficientes para realizar o cuidado em diabetes.

Isto mostra que a formação, combinada com a orientação para os profissionais, pode ser uma forma eficaz de garantir a qualidade e, ao mesmo tempo, descentralizar os cuidados do diabetes mediante protocolos de tratamento estruturados (Ndayisaba, 2017). No entanto, a intervenção educativa é um misto de desafio com estímulo, pois acompanhar profissionais de categorias distintas serem protagonistas do processo de construção de conhecimento e espaços de reflexão, objetivando a qualificação do cuidado ao usuário, torna a educação continuada um espaço acolhedor, inclusivo e cooperativo (Silva, 2022).

Vale ressaltar que, com o surgimento de novas tecnologias para a terapia do diabetes, os profissionais precisam estar em constante atualização. No estudo de Sweeney, Kenny e Schubert (2013), sobre terapia com bomba de infusão de insulina, o autor principal notou uma falta de conhecimento prático sobre o dispositivo e seu uso, o que levou o mesmo a realizar uma intervenção educacional com enfermeiros sobre o uso dessa tecnologia. O que vai ao encontro do trabalho de Evans (2013), que observou a necessidade de elaborar um guia prático sobre bombas de insulina para médicos generalistas de um hospital.

A Bomba de Infusão (BI) é um instrumento eletrônico conectado ao corpo por meio de um cateter que se liga a um recipiente com armazenamento de insulina, além de uma cânula

flexível inserida no tecido subcutâneo. Embora inicialmente destinada a pessoas com DM1, essa terapia também pode ser aplicada a indivíduos com DM2 que utilizam insulina. No Brasil existem bombas equipadas com calculadoras inteligentes e sistemas integrados, incluindo monitorização contínua de glicose, capazes de suspender a infusão de insulina em casos de hipoglicemia ou previsão da mesma (Sociedade Brasileira de Diabetes, 2023).

Atualmente, no Brasil, tramita na câmara dos deputados o projeto de lei n.4619/2023, o qual garante aos pacientes com Diabetes Mellitus e Gestacional receber gratuitamente do SUS a bomba de infusão de insulina, quando houver indicação médica (Brasil, 2023). Considerado padrão ouro para o tratamento do diabetes, o sucesso no uso da BI tem como aliado fundamental o processo de educação, realizado por educadores em diabetes, ou seja, profissionais da área da saúde capacitados em educação em diabetes (Sociedade Brasileira de Diabetes, 2023).

Disponível pelo SUS na atualidade há a insulina NPH e Regular. As apresentações com frascos de 10 ml são fornecidas pelo SUS há mais de 10 anos. A Portaria SCTIE/MS nº 11, de 13 de março de 2017, anunciou a decisão de incluir a caneta para injeção de insulina humana NPH e insulina humana regular na cobertura do SUS. Essa distribuição se deu de forma gradativa, e a partir de fevereiro de 2019 deu-se início à distribuição das canetas de insulinas humanas, conforme alguns critérios iniciais definidos (Brasil, 2023).

O emprego de canetas de insulina melhora significativamente a qualidade de vida para pessoas com diabetes, pois proporciona uma dosagem mais precisa em comparação com o uso de frascos e seringas. Adicionalmente, os pacientes experimentam menor desconforto no local da aplicação, reduzindo o risco de ferimentos. Contudo, por ser algo novo para esse público, se faz necessário realizar educação em saúde com os mesmos, a fim de evitar erros de administração.

Salienta-se a necessidade de mais publicações sobre a temática do estudo em questão. Observou-se também que houve uma redução de publicações na área durante a pandemia do covid-19, provavelmente devido ao isolamento populacional, o que dificultou o manejo dos momentos de educação em saúde com usuários portadores de DM2, assim também a diminuição da adesão nos momentos de Educação Continuada devido à reorganização da equipe e do modelo de serviço frente ao cenário.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados indicam que existem lacunas do conhecimento atualizado dos profissionais de saúde no manejo do DM2, de características da doença, valores de referência

dos exames, até complicações e conservação da insulina. Tal fator pode estar relacionado a ampla demanda de atividades profissionais na APS, bem como o déficit de metodologias contínuas de ensino-aprendizagem voltadas ao cuidado do paciente com diabetes.

Ressalta-se a importância de promover educação continuada aos profissionais de saúde que elencam a APS com o estabelecimento de protocolos durante a consulta, enfatizando a importância de conduzir novas pesquisas sobre o papel do farmacêutico no diabetes na atenção primária.

Clama-se aos gestores que tracem um perfil do profissional antes de contratar para atuar na APS, pois, por ser uma das principais portas de entrada do SUS, deve ser também o principal contato dos usuários e centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde (RAS). Uma sugestão seria dar oportunidade para os egressos de programas de Residência Multiprofissional em Saúde da Família, já que vivenciaram e podem ter desenvolvido feição pelo serviço.

O conhecimento perpassa por vários caminhos. Somos abundantes em demandas e afazeres, porém, a tecnologia está presente para auxiliar e melhorar esse processo de conhecimento. Sugere-se o *podcast* como uma das tecnologias digitais atuais que pode ser utilizada para disseminar e desenvolver conhecimento sobre esta temática.

REFERÊNCIAS

BORNHAUSEN, A. P. *et al*. Hemoglicoteste: influência dos locais de punção sobre os níveis de glicose e intensidade de dor. **ABCS Health Sci.**, v. 39, n. 3, p. 173-176, 2014.

BRASIL. Câmara dos Deputados. **Projeto de Lei nº 4619/2023:** altera a Lei nº 11.347, de 27 de setembro de 2006, que dispõe sobre a distribuição gratuita de medicamentos e materiais necessários à sua aplicação e à monitoração da glicemia capilar aos portadores de diabetes inscritos em programas de educação para diabéticos, para incluir a bomba de infusão de insulina nas suas disposições. Brasília: Câmara dos Deputados, 2023. Disponível em: https://www.camara.leg.br/propostas-legislativas/2389740 Acesso em: 10 out. 2023.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Insulinas Humanas e Agulhas para Caneta**. Brasília: Ministério da Saúde, 2023. Disponível em https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/sectics/daf/cbaf/medicamentos-e-insumos-adquiridos-pelo-ms/insulinas-humanas-e-agulhas-para-caneta#:~:text=As%20insulinas%20humanas%20NPH%20e,regular%20no%20%C3%A2mbito%20do%20SUS. Acesso em: 01 dez. 2023.

FRANÇA, A. L. **Diabetes mellitus e a importância do farmacêutico no tratamento**: uma revisão de literatura. 2023. 33 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Farmácia) – Universidade Federal de Alagoas, Maceió, 2023.

GANONG, L. H. Integrative reviews of nursing research. **Res Nurs Health,** v.10, n.1, p.1-11, 1987.

LAVRINS, C.F.S. **A importância do profissional farmacêutico na melhoria da qualidade de vida dos pacientes diabéticos**. 2016. 47 f. (Graduação em Farmácia) – Faculdade de Farmácia, Universidade de Rio Verde, Rio Verde, 2016.

LUCAS NETO, J.; SOARES, K.S. O papel do farmacêutico no controle racional de mediamentos: pacientes em tratamento de Diabetes Mellitus Tipo 2 na Casa de Repouso da Sociedade São Vicente de Paulo de Coromandel. **Rev Cient Multidisc Núc Conhec.,** v. 3, n. 1, p. 68-85, 2018.

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.

NDAYISABA, A. *et al*. A clinical mentorship and quality improvement program to support health center nurses manage type 2 diabetes in rural Rwanda. **J Diabetes Res.,** v. 2017, n. 12, p. 1-9, 2017.

NOGUEIRA, M. *et al*. Pharmaceutical care-based interventions in type 2 *diabetes mellitus*: a systematic review and meta-analysis of randomized clinical trials. **Einstein**, v. 18, n. 1, p. 1-7, 2020.

OKUROĞLU, G. K.; ALPAR, Ş. E. Development of a web-based diabetes education program for health care professionals. **J Contin Educ Nurs.,** v. 47, n. 10, p. 464-471, 2016.

PARAIZO, C. M. S. *et al*. Conhecimento do enfermeiro da atenção primária de saúde sobre diabetes mellitus. **Rev Enferm.,** v. 12, n. 1, p. 179-188, 2018.

PAUL, C. L. *et al.* Diabetes in rural towns: effectiveness of continuing education and feedback for healthcare providers in altering diabetes outcomes at a population level: protocol for a cluster randomised controlled trial. **Implementation Sci.,** v. 8, n. 30, p. 1-9, 2013.

PAUL, C. L. *et al*. Poor uptake of an online intervention in a cluster randomised controlled trial of online diabetes education for rural general practitioners. **Trials**, v. 18, n. 1, p. 1-137, 2017.

SILVA, N. S. **Educação permanente em saúde sobre diabetes mellitus tipo 2**: intervenção com uma equipe de saúde da família em Campo Grande - MS. Trabalho de Conclusão de Curso (Residência Multiprofissional em Saúde da Família) SESAU/FIOCRUZ, Campo Grande, 2022.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes. 2023.** Disponível em: https://www.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2020/02/Diretrizes-Sociedade-Brasileira-de-Diabetes-2019-2020.pdf> Acesso em: 08 out. 2023.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Tecnologia com bomba de infusão de insulina**. [*S. l.*]: SBD, 2023. Disponível em: https://diabetes.org.br/tecnologia-com-bomba-de-infusao-de-insulina/ Acesso em: 30 nov. 2023.

SOUZA, M. T.; SILVA, M. D.; CARVALHO, R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. **Einstein**, v. 8, n. 1, p. 102-106, 2010.

SWEENEY, T. J.; KENNY, D. J.; SCHUBERT, C. C. Inpatient insulin pump therapy: assessing the effectiveness of an educational program. **J Nurses Prof Dev**., v. 29, n. 2, p. 84-89, 2013.

TEIXEIRA, C. P. *et al.* **Educação na Saúde**: fundamentos e perspectivas. Porto Alegre: Rede Unida, 2023.

CAPÍTULO 21

COMPETÊNCIAS DO PRECEPTOR DAS RESIDÊNCIAS EM SAÚDE: REVISÃO INTEGRATIVA

DOI: 10.51859/amplla.gsi925.1125-21

Gardênia Maria Oliveira Alves
Clarice Maria Araújo Vergara
Virna Ribeiro Feitosa Cestari

1. INTRODUÇÃO

Os programas de residências em saúde constituem uma modalidade pós-graduação *lato sensu* (especialização), possui carga horária de 60 (sessenta) horas semanais e duração de 2 (dois) anos (Brasil, 2009). Nesse tipo de formação, o profissional insere-se totalmente no cotidiano nos serviços de saúde, formação não apenas a formação do "ser profissional", mas também "ser sujeito histórico", cidadão envolvido nos processos sociais vivenciados (Menezes *et al.*, 2018).

Esse tipo de formação é como uma importante estratégia de fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS), pois garante a formação de profissionais para atuar nas diversas redes de atenção à saúde e fortalece a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (Brasil, 2018).

Para o desenvolvimento das ações dos profissionais-residentes nos diversos cenários de atuação, torna-se essencial que os Programas de Residência tenham um corpo docente qualificado que atuem como facilitadores do processo ensino-aprendizagem possibilitando a integração ensino-serviço. Conforme a lei nº 12513 de 2011, fazem parte do desse corpo docente dos preceptores, tutores e orientadores de serviços (Brasil, 2011). Sabe-se que todos os docentes são de relevância para condução do profissional-residente, no entanto, neste estudo será dado ênfase ao preceptor.

Conforme Menezes *et al.* (2018), o crescimento de demandas por proposta educacional na modalidade Residência é cada vez mais presente na formação em saúde, exigindo profissionais que compreendam, acompanhem e orientem as atividades dos residentes no papel de preceptor.

O preceptor é o profissional que realiza a supervisão direta das atividades práticas dos residentes, devendo ser vinculado ao serviço de saúde e ter formação mínima de especialista,

orientando as práticas ao lado de docentes e tutores com distintas formações e responsabilidades (Brasil, 2012).

Este profissional assume inúmeras funções no processo de aprendizagem. Ele planeja, controla e analisa o desempenho do residente, ao mesmo tempo que mostra o caminho como guia, estimulando-o ao raciocínio e a postura, possibilitando que o residente seja o protagonista no processo de aprendizagem.

A busca por preceptores capacitados ao ensino efetivo é imprescindível, pois a maioria destes são profissionais que ainda reproduzem um modelo tradicional de ensino, pressupondo a memorização de conteúdo, pouca reflexão das práticas centradas nas especialidades e na fragmentação disciplinar, dificultando processos de trabalho partilhados e interprofissionais.

No entanto, Ribeiro *et al.* (2011) enfatiza que há despreparo dos preceptores, uma vez que, a maioria destes, durante sua formação, não desempenhou habilidades para atuar como docente. Os preceptores dominam os saberes de sua profissão, mas não dominam os saberes pedagógicos, importantes no exercício da formação/educação. Dessa forma, acabam agindo de modo intuitivo, repetindo modelos que vivenciaram quando foram estudantes e referindo-se à transmissão da informação como ensino.

Diante do exposto fica claro a necessidade de formação pedagógica do preceptor para que este possa desenvolver seu papel com maior destreza. Deste modo questiona-se: Quais as competências que os profissionais devem apresentar para atuarem como perceptores nos programas de residência em saúde?

Cruz (2001) define competência como um conceito que acolhe saberes, atitudes e valores, abarcando o domínio do self (saber-ser), o domínio cognitivo (saber formalizado) e o domínio comportamental (saber-fazer) - a competência consolida-se numa ação ou no conjunto de ações organicamente articuladas.

O desenvolvimento da competência envolve a identificação dos conhecimentos, habilidades, atitudes, capacidades e tarefas associadas com uma função específica, uma vez que uma função de trabalho define as atuais práticas e normas existentes para facilitar o desenvolvimento de tais competências (Vieira, 2015).

Entende-se que o exercício da preceptoria em saúde, deve ser realizada por profissionais assistenciais que sejam dotados de embasamento didático-pedagógico para que acompanhem residentes em seus cenários de atuação, mediando e articulando o conhecimento teórico e prático através de uma aprendizagem significativa.

Estudos como este são de relevância, pois permitem repensar as práticas profissionais de forma articulada e integrada à função da preceptoria das residências em saúde, de forma a

subsidiar e sustentar processos formativos, capacitando os profissionais para o enfrentamento dos problemas e a permanente qualificação de suas práticas no contexto do trabalho em saúde e da educação permanente (Coser *et al.*, 2021).

Deste modo, este estudo tem como objetivo discutir sobre as competências dos preceptores das residências multiprofissionais, a partir das evidências disponíveis na literatura.

2. MÉTODO

Trata-se de Revisão Integrativa de Literatura (RINT), acerca das competências do preceptor, no contexto das residências em saúde. Esse método permite a análise de estudos relevantes de modo sistemático e ordenado, contribuindo para o aprofundamento do conhecimento do tema investigado para subsidiar a posterior tomada de decisão e a prática clínica. É composto por seis etapas a saber: elaboração da pergunta norteadora (problema), busca ou amostragem na literatura, coleta de dados, análise crítica dos estudos, discussão dos resultados e apresentação da revisão (Mendes; Silveira; Galvão, 2008).

Para a elaboração da questão norteadora, utilizou-se a estratégia PCC (acrônimo). O primeiro elemento da estratégia (P) Population - População o segundo (C) Concept - Conceito e o terceiro elemento (C) Contex – Contexto. Assim, buscou-se na literatura artigos que respondessem a seguinte pergunta: Quais as competências necessárias aos preceptores, das Residências Multiprofissionais em Saúde?

As bases de dados foram MEDLINE, LILACS e SciELO disponíveis no portal Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Para a busca foram utilizados os seguintes descritores (em português, inglês e espanhol): preceptor/preceptor/preceptor; competência/ competência /competence e residências em saúde/residencias sanitárias /health residences. Esses descritores foram combinados, acrescidos do operador booleano 'AND' para a realização da busca na base de dados. Combinação 1 – competência do preceptor OR residências em saúde; Combinação 2 - competência do preceptor AND residências em saúde; Combinação 3 – preceptor OR competência AND residências em saúde. As equações de busca estão descritas no Quadro 1.

Quadro 1- Estratégia de busca para a RI

Base/banco de dados	Equação de busca	Número de estudos
BVS	“preceptor skills” AND “health residency”	01
SciELO	“preceptor skills” AND “health residency”	01
SciELO	“preceptor skills” OR “health residency”	25
LILACS	“preceptor skills” OR “health residency”	20
MEDLINE	“preceptor skills” OR “health residency”	29
MEDLINE	“preceptor skills” AND “health residency”	27
COCHRANE	preceptor OR skills AND “health residency”	14

Fonte: Elaboração própria.

Os critérios de inclusão foram: artigos, dissertações ou teses nos idiomas em inglês, português e espanhol publicados na íntegra. Os critérios de exclusão foram: trabalhos duplicados, que não estivessem no tema e objetivo de estudo e trabalhos que não estivessem à domínio público.

Após a inclusão dos artigos escolhidos, para dar continuidade as etapas da Revisão Integrativa, foi feito uma extração dos principais dados dos artigos incluídos, avaliação dos principais resultados de cada trabalho e posteriormente feito uma síntese narrativa.

3. RESULTADOS

A pesquisa na base de dados (BVS) obteve os seguintes resultados: foram encontrados 117 estudos iniciais. Aplicando os critérios de inclusão, 72 artigos não estavam dentro dos padrões escolhidos, restando 46 artigos para leitura do título. Posteriormente à leitura do título, foram excluídos 27 artigos, pois o mesmo não apresentava o tema proposto, restando assim 19 artigos, onde foram lidos os resumos e 10 artigos foram incluídos na presente Revisão Integrativa.

Diante das buscas realizadas, esses foram os seguintes resultados: 19 artigos incluídos na revisão integrativa, os quais 04 publicados em 2012 e 03 publicados em 2016; 02 em 2018; 01 em 2001, 2004, 2008, 2010, 2011, 2013, 2015, 2018, 2019, 2020, 2021 e 2022. sendo todos em português. Os principais dados estão descritos no Quadro 2.

Quadro 2 - Dados dos artigos incluídos na RI

Autor/ano	Objetivo	Tipo de Estudo	Competência (conhecimento, habilidade e atitude)
Barreto, 2012	Apresentar uma orientação teórica e prática aos preceptores da atenção primária à saúde	Diretriz Clinica	**Conhecimento**: Especifico – APS; Biomedico; psicológico; Social; Tecnologias de informação **Habilidade:** Estimular o residente a pensar; inserção ensino pesquisa **Atitude:** Realiza o ato da crítica amorosa e cuidadora, sem a perspectiva de inferiorizar o estudante
Botti, 2012	Analisar o papel do preceptor na residência médica e sua visão sobre o processo de ensino-aprendizagem.	Revisão Bibliográfica	**Conhecimento:** Oferta de ambientes que permitem a construção e reconstrução de conhecimentos. **Habilidades:** Realiza procedimentos técnicos e modera estudos de casos clínicos Ensino de um corpo de conhecimentos e de habilidades, **Atitude:** compreende a aquisição de atributos relacionais, posturas e atitudes, que definem o profissionalismo.
Dias, 2010	Definir o conceito de competência no contexto educativo, fazendo alusão à relação entre o construtivismo e uma abordagem por competências no processo de ensino/aprendizagem.	Investigação qualitativa de caráter descritivo-exploratório	**Conhecimentos:** enquanto instrumento de aquisição de competências, elogia os conteúdos enquanto meios possibilitadores de desenvolvimento de competências **Habilidades:** traduz-se na capacidade de agir eficazmente perante um determinado tipo de situação, apoiada em conhecimentos, mas sem se limitar a eles. **Atitudes:** relacionar os diferentes saberes, conhecimentos, atitudes e valores; como uma ação cognitiva, afetiva, social que se torna visível em práticas e ações que se exercem sobre o conhecimento, sobre o outro e sobre a realidade.
Ferreira et al, 2016	Identificar os saberes dos enfermeiros e as competências que eles precisam adquirir ou desenvolver para atuar na preceptoria	Qualitativo com caráter descritivo e exploratório	**Conhecimento:** Adquirir conhecimentos didático/pedagógicos para melhor atuar e manter-se atualizado **Habilidade:** Auxiliar e identificar as fragilidades de aprendizado do residente; Estimular a participação do residente e a auto aprendizagem **Atitude:** Refletir quanto aos seus saberes e competências profissionais, num processo interno de autoaprendizagem; Adotar mudança de postura e prática reflexiva.
Miyazato, 2021	Identificar, na percepção de enfermeiros, as competências necessárias à função de preceptoria hospitalar.	Qualitativa com caráter descritivo e exploratório	**Conhecimento:** promover a articulação entre a teoria e a prática; Auxiliar na gestão do processo de ensino e aprendizagem e atuar como mediador entre o conhecimento disponível e as exigências da prática profissional. **Habilidade:** Incentivar o repensar da prática, a comunicação e o compartilhamento de ideias, o trabalho em equipe, a integralidade do cuidado e fomentar a educação permanente nos espaços do trabalho em saúde. **Atitude**: Auxiliar no processo de tomada de decisão, assim como o planejamento das atividades.
Pimenta et al, 2012	Qualificar o preceptor e do programa de residência no qual o mesmo se insere.	Investigação qualitativa de caráter descritivo-exploratório	**Conhecimento:** Compreender e aperfeiçoar-se para a prática pedagógica dos residentes; **Habilidade:** liderar **Atitude:** planejar e implementar atividades educacionais coerentes, estimular a produção do conhecimento

Autor/ano	Objetivo	Tipo de Estudo	Competência (conhecimento, habilidade e atitude)
Ribeiro et al, 2013	Refletir sobre o exercício da preceptoria como prática educativa na formação e qualificação do profissional em saúde para o sistema único de saúde	Reflexão teórica, com apoio da literatura	**Conhecimento:** Mediar e facilitar o processo de formação do residente, compartilhando a responsabilidade pelo desenvolvimento do conhecimento. **Habilidade:** motivar o residente em sua formação e provocar reflexões para uma prática transformadora da realidade. **Atitude:** incentivar o repensar da prática, a comunicação e o compartilhamento de ideias, o trabalho em equipe e a integralidade do cuidado.
Ribeiro et al, 2020	Compreender como os saberes pedagógicos que integram o conhecimento base para o ensino são percebidos pelos preceptores no processo ensino-aprendizagem dos residentes.	Investigação qualitativa de caráter descritivo-exploratório	**Conhecimento:** articular a teoria e a prática com propriedade; realizar uma prática reflexiva; proporcionar ao residente uma formação de melhor qualidade. **Habilidade:** saber lidar e estabelecer um bom relacionamento com o residente. **Atitude: c**riar rotinas para formar novas pessoas.
Rodrigues, et al, 2022	Compreender como são estruturadas competências para a prática da preceptoria na residência multiprofissional em saúde.	Qualitativa, do tipo estudo de caso, com observações das atividades e entrevistas com preceptores	**Conhecimento:** Demonstrar capacidade técnica para orientar o residente Proporcionar ao residente os conhecimentos e experiências necessários à sua formação profissional. **Habilidade:** Interagir com os residentes e preceptores de outros núcleos, desenvolvendo atividades conjuntas e complementares. Comprometer-se com as propostas de formação desenvolvidas no serviço. Avaliar o profissional em formação, repensando a dinâmica adotada e propondo novas intervenções. **Atitude:** Auxiliar o residente na construção de estratégias de ação.
Vieira, 2015	Sistematizar as competências apontadas pelo preceptor da residência multiprofissional em saúde do âmbito hospitalar.	Pesquisa social com uma abordagem qualitativa do tipo descritiva	**Conhecimento**: Organizar e dirigir situações de aprendizagem; administrar a progressão das aprendizagens; conceber e fazer evoluir os dispositivos de diferenciação; envolver os alunos em suas aprendizagens e em seu trabalho. **Habilidade:** comunicar-se e relacionar-se com os residentes. **Atitude**: trabalhar em equipe; utilizar novas tecnologias

Fonte: Elaboração própria.

Estudo de Lima Filho (2016) destaca a necessidade de se estabelecer um referencial de competências que norteie o preceptor no exercício da preceptoria e possibilite o desenvolvimento do profissional tanto no âmbito do conhecimento, quanto nas habilidades e principalmente nas atitudes.

Dentre as competências necessárias para o exercício da preceptoria, destacam-se: expertise clínica e experiência profissional que permitam uma prática clínica adequada e que responda às necessidades dos usuários, capacitação pedagógica e relacional que permitam uma atuação eficiente junto aos estudantes, construção de um cenário de aprendizagem que possibilite uma prática reflexiva e adequada à realidade local e equilíbrio entre a atividade de ensino e o atendimento clínico (Barreto *et al.*, 2011; Valente *et al.*, 2014; Ferreira; Dantas; Valente, 2018).

4. DISCUSSÃO

As Residências em Saúde em Área Profissional (RAP), nas modalidades Multiprofissional (RMS), Uniprofissional (RUS), ou ainda, Integradas (RIS), se configuram como um convite para a formação dos profissionais de saúde, no Brasil, para o Sistema Único de Saúde (SUS). Nessa formação, não se pensa apenas no "ser profissional", mas no "ser sujeito histórico", cidadão que se implica nos processos sociais vivenciados (Torres *et al.*, 2019).

Na década de 70 e no início dos anos 2000, foram implantados os Programas de Residência Médica e Multiprofissional no Ceará, respectivamente, constituindo em uma modalidade de pós-graduação lato sensu, com ênfase na modalidade de ensino em serviço. As RIS/RMS/RAP agregam diversos campos de saberes e têm por princípio o ensino, a pesquisa e a intervenção, envolvendo instituições públicas e privadas em todas as regiões do país. Estes programas apresentam, como principal desafio, a superação de limitações decorrentes da formação original dos profissionais, contribuindo para uma atuação contextualizada e comprometida com o SUS (Torres *et al.,* 2019).

Se faz necessário que o preceptor adquira competências relacionadas a conhecimentos, habilidades e atitudes para enfrentar situações diversas e complexas, bem como desenvolver respostas a situações problema (Ribeiro, 2015). Ser preceptor é uma construção cotidiana que exige a mobilização de competências específicas (Rodrigues; Witt, 2022).

Segundo Ribeiro *et al.* (2020), nesse processo, o preceptor sente a necessidade de buscar qualificação pedagógica e aponta que a qualificação lhe proporcionará conhecimentos sobre o ensino e a pesquisa, o que auxilia na realização da preceptoria e, por vezes, modifica sua postura e compreensão acerca do seu papel no processo de formação do residente. É no exercício do ensino que o professor percebe a necessidade de formação pedagógica e se depara com escassas possibilidades e oportunidades.

A partir da década de 1990, fortaleceu-se a preocupação com a Educação Permanente em Saúde (EPS), na perspectiva de atender a necessidade de formação de profissionais capazes de atuar na realidade do sistema de saúde público brasileiro. Dentro do contexto, surge a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (Brasil, 2004a) que define a formação e o desenvolvimento dos trabalhadores da saúde como uma estratégia do SUS. Segundo Barreto e Evangelista (2016), ao considerarmos as Residências Multiprofissionais em Saúde (RMS) como uma estratégia de EPS, temos a criação normativa dessas com a promulgação da Lei n° 11.129, de 30 de junho de 2005, que também traz a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS).

De acordo com a resolução nº 2 de 13 de abril de 2012 da CNRMS/MEC são funções dos tutores e preceptores:

O Art. 12 diz que ao tutor compete:

> Implementar estratégias pedagógicas que integrem saberes e práticas, promovendo a articulação ensino-serviço, de modo a proporcionar a aquisição das competências previstas no PP do programa, realizando encontros periódicos com preceptores e residentes com frequência mínima semanal, contemplando todas as áreas envolvidas no programa; II. Organizar, em conjunto com os preceptores, reuniões periódicas para implementação e avaliação do PP; III. Participar do planejamento e implementação das atividades de educação permanente em saúde para os preceptores; IV. Planejar e implementar, junto aos preceptores, equipe de saúde, docentes e residentes, ações voltadas à qualificação dos serviços e desenvolvimento de novas tecnologias para atenção e gestão em saúde; V. Articular a integração dos preceptores e residentes com os respectivos pares de outros programas, incluindo da residência médica, bem como com estudantes dos diferentes níveis de formação profissional na saúde; VI. participar do processo de avaliação dos residentes; VII. Participar da avaliação do PP do programa, contribuindo para o seu aprimoramento; V. Orientar e avaliar os trabalhos de conclusão do programa de residência, conforme as regras estabelecidas no Regimento Interno da COREMU.

Artigo 14 diz que compete ao preceptor:

> I. Exercer a função de orientador de referência para o(s) residente(s) no desempenho das atividades práticas vivenciadas no cotidiano da atenção e gestão em saúde; II. Orientar e acompanhar, com suporte do(s) tutor (es) o desenvolvimento do plano de atividades teórico-práticas e práticas do residente, devendo observar as diretrizes do PP; III. Elaborar, com suporte do(s) tutor(es) e demais preceptores da área de concentração, as escalas de plantões e de férias, acompanhando sua execução; IV. Facilitar a integração do(s) residente(s) com a equipe de saúde, usuários (indivíduos, família e grupos), residentes de outros programas, bem como com estudantes dos diferentes níveis de formação profissional na saúde que atuam no campo de prática; V. Participar, junto com o(s) residente(s) e demais profissionais envolvidos no programa, das atividades de pesquisa e dos projetos de intervenção voltados à produção de conhecimento e de tecnologias que integrem ensino e serviço para qualificação do SUS;VI. Identificar dificuldades e problemas de qualificação do(s) residente(s) relacionadas ao desenvolvimento de atividades práticas de modo a proporcionar a aquisição das competências previstas no PP do programa, encaminhando-as ao(s) tutor(es) quando se fizer necessário.

A figura do preceptor assume inúmeras funções no processo de aprendizagem. Ele planeja, controla e analisa o desempenho do residente, ao mesmo tempo que mostra o caminho como guia, estimulando-o ao raciocínio e a postura, possibilitando que o residente seja o protagonista no processo de aprendizagem.

O preceptor também pode auxiliar como moderador na discussão de casos, estimulando o raciocínio clínico e utilizando de seu conhecimento e de suas reflexões baseadas na prática. Segundo Botti (2012), preceptor é uma palavra usada para designar aquele que dá preceitos e instruções, assim como, o preceptor é o profissional que tem a função de desenvolver habilidades clínicas e avaliar o profissional em formação (Alvez Filho *et al.*, 2012), incluindo conhecimentos, habilidades e atitudes (Barreto *et al.*, 2011).

O exercício da preceptoria exige competências pedagógicas específicas, porém faz-se necessário que estes profissionais compreendam sua função a fim de tornarem legítimo seu exercício e se implicarem no processo (Pimenta *et al.*, 2012). A formação pedagógica é mais complexa que a transmissão de conteúdo. A implementação de saberes baseados em competências, torna o profissional de saúde mais capacitado em sua atuação.

Ribeiro e Prado (2014), afirmam que, se o preceptor participa da formação em saúde, articulando o mundo do trabalho com o mundo do ensino, no processo de ensino-aprendizagem, ele necessita adquirir conhecimentos que vão além dos saberes sobre a prática. Assim, o preceptor atua como mediador no processo de aprendizagem, sendo necessário mobilizar saberes que lhe permitam conduzir tal processo. Para tanto, é necessário compreender como esse conhecimento se transforma para formar um novo conhecimento aplicado na teoria e prática.

Para o entendimento do significado pedagógico de competência, Dias (2010) afirma que, competência é uma combinação de conhecimentos, motivações, valores e ética, atitudes, emoções, bem como outras componentes de carácter social e comportamental. O trabalho do preceptor quando fundamentado em competências, deve considerar os saberes como recursos a serem mobilizados para uma ação eficaz, onde são vários os saberes e de diferentes origens.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A implementação de saberes baseados nas competências da DCNs, torna o profissional de saúde capacitado a atuar, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano é um desafio para professores e preceptores, exigindo o exercício de reflexão permanente e de trabalho em equipe, além de espaços coletivos de aprendizagem que favoreçam a construção coletiva, a legitimidade e a parceria institucional.

Nesse sentido, nos programas de residências em saúde, a pesquisa ainda é restrita, sendo necessário fortalecer mecanismos para estruturar a gestão da pesquisa em serviços, para que boas questões de pesquisa se operacionalizem em projetos de qualidade, cujos resultados sejam aproveitados na tomada de decisões.

Em uma instituição com programas de residência, exercer a preceptoria é um dos recursos reconhecidos para a estruturação de competências. Nesse sentido, reconhece-se o papel da formação para a preceptoria, pois um preparo mais estruturado pode aprimorar a mediação da formação proposta nos programas de residência multiprofissional.

Quando se afirma a necessidade de preparo, corroborada pela identificação da contribuição das características institucionais e do programa estudado à estruturação de competências, propõe-se a formação continuada e sistemática dos preceptores, em que serviços e instituições de ensino se articulem para proporcionar ofertas formativas que fortaleçam o papel da preceptoria. Essas podem ser voltadas à relação de ensino e aprendizagem, metodologias e práticas pedagógicas, ou para apoiar a discussão e delimitação de papéis e possibilidades de apoio entre os diferentes atores dos programas de residência.

Ao se apoderar do conhecimento acerca dos processos pedagógicos, o preceptor possui mais subsídios para promover a articulação entre a teoria e a prática. Deste modo, faz-se necessário salientar a valorosa contribuição da qualificação profissional para exercer com propriedade suas funções de ensino nos processos de trabalho.

REFERÊNCIAS

ALVES FILHO, H. L. *et al.* PET-Saúde: (in)formar e fazer como processo de aprendizagem em serviços de saúde. **Rev Bras Educ Méd**, v. 36, n. 1, supl. 2, p.105-111, 2012.

BARRETO, V.H.L. *et al.* Papel do Preceptor da Atenção Primária em Saúde na Formação Médica. **Rev Bras Educ Méd.**, v.35, n.4, p.578-83, 2011

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial.** Brasília, DF, 2004b.

BOTTI, S.H.O. Desenvolvendo as competências profissionais dos residentes. **Rev Hosp Univers Pedro Ernesto**, v.11, n.2012, 2012.

Cruz, C. **Competências e habilidades:** da proposta à prática. São Paulo: Edições Loyola, 2001.

EVANGELISTA, A.L.P.; BARRETO, I.C.H.C. A intersetorialidade promovida na residência em saúde mental coletiva do Ceará. **Bol Saúde**, v. 25, n. 2, p. 17-26, 2016.

FERREIRA, F.D.C.; DANTAS, F.C.; VALENTE, G.S.C. Nurses' knowledge and competencies for preceptorship in the basic health unit. **Rev Bras Enferm**, v.71, n.4, p.1564-71, 2018.

LIMA FILHO, E. G. **Um estudo qualitativo sobre o exercício da preceptoria em fisioterapia no Nordeste do Brasil.** 2016. Dissertação (Mestrado Profissional em Educação para o Ensino da Saúde) – Faculdade Pernambucana de Saúde, Recife, 2016.

MEC. Portaria Interministerial MEC/MS nº 1.077, de 12/01/2009). Resolução nº 2 de 13 de abril de 2012. **Dispõe sobre Diretrizes Gerais para os Programas de Residência Multiprofissional e em Profissional de Saúde.** Diário Oficial da União. Brasília, DF, 16 abr. 2012.

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

MENESES, L.B.A. et al. Formação para formadores em Programas de Residência em Saúde: relatando sobre a experiência da Paraíba. São Paulo: Ed Rede Unida, 2018

MIYAZATO; H.S.; ARAÚJO, P.M.; ROSSIT, R.A. Competências necessárias para atuar como preceptor: percepção de enfermeiros hospitalares. ***Enferm Foco****, v.12, n.5, p.991-7, 2021.*

RIBEIRO B.M. V. **Formação Pedagógica de Preceptores do Ensino em Saúde.** Juiz de Fora: Ed. UFJF, 2011.

RIBEIRO, K.R.B. *et al.* Ensino nas residências em saúde: conhecimento dos preceptores sob análise de Shulman. **Rev Bras Enferm.**, v.73, n.4, p.e20180779, 2020.

RIBEIRO, K.R.B.; PRADO, M.L. A prática educativa dos preceptores nas residências em saúde: um estudo de reflexão. **Rev Gaúcha Enferm.**, v.34, n.4, p.161-5, 2013.

RODRIGUES, C.D.S.; WITT, R.R. Mobilização e estruturação de competências para a preceptoria na residência multiprofissional em saúde. **Trab Educ Saúde**, v. 20, p. e00295186, 2022.

TORRES, R.B.S. *et al.* Estado da arte das residências integradas, multiprofissionais e em área profissional da Saúde. **Interface**, v.23, p.e170691, 2019.

VIEIRA, A.N.M. **Competências do preceptor da residência multiprofissional em saúde no âmbito hospitalar.** 2015. 102 f. Dissertação (Mestrado Acadêmico ou Profissional em 2015) - Universidade Estadual do Ceará, , 2015.

CAPÍTULO 22

A RELEVÂNCIA DA ASSISTÊNCIA MULTIPROFISSIONAL AO PRÉ-NATAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: REVISÃO INTEGRATIVA

DOI: 10.51859/amplla.gsi925.1125-22

Gandávya Aguiar Machado Diniz
Maria Salete Bessa Jorge
Virna Ribeiro Feitosa Cestari
Cícera Tavares de Lucena
Andrea Cavalcante Macedo

1. INTRODUÇÃO

Os programas materno-infantis desenvolvidos nas décadas de 1930 e 1970 refletiam uma visão limitada da mulher devido às suas características biológicas e seus papéis sociais como mães e empregadas, responsáveis pelo cuidado, educação e segurança de seus filhos e demais familiares. Com fortes críticas ao feminismo e às formas reducionistas com que promove a ajuda à mulher, urge a necessidade de outro programa que não só leve em consideração os domínios biológicos da mulher e do ciclo materno, mas também considere outras necessidades de saúde ao longo da vida (Cei *et al.*, 2019).

Em 1984, o Ministério da Saúde (MS) instituiu o Plano Integrado de Assistência à Saúde da Mulher (PAISM) tendo como princípios e diretrizes a descentralização, hierarquização e regionalização dos serviços. Dentro desse movimento, criou-se uma atenção mais específica para assistência ao pré-natal (Rocha *et al.*, 2021).

A assistência ao pré-natal, em consonância com o Ministério da Saúde, é o primeiro passo para o parto e nascimento saudável, ou seja, faz-se a manutenção e a promoção do bem-estar físico e emocional ao longo do processo da gestação, parto e nascimento, trazendo informação e orientação sobre a evolução da gestação e do trabalho de parto à parturiente. Com o acompanhamento seguido de forma correta e ininterrupta, a gestante terá maior possibilidade de ter uma gestação mais saudável e tranquila. Ademais, um dos principais objetivos do pré-natal é acolher a mulher desde o início de sua gravidez e dar assistência em todas as suas necessidades. Afinal, cada gestante possui diferentes formas de lidar com esse período vivenciado (Franco *et al.*, 2020).

No Brasil, embora a mortalidade materna tenha sofrido redução nas últimas décadas, o número de óbitos neonatais continua insatisfatório, e ainda ocorrem por causas evitáveis. Mesmo com a ampliação da cobertura do acompanhamento do pré-natal no país, as causas mais incidentes de morbimortalidade materna e perinatal são a sífilis congênita e hipertensão arterial sistêmica, agravos que podem ser acompanhados e minimizados durante o cuidado pré-natal (Domingues *et al.*, 2015).

O acompanhamento pré-natal se mostra importante para reduzir esses indicadores e promover melhor qualidade de vida na gestação e no pós-parto. Para isso, os profissionais de saúde envolvidos precisam ser qualificados e empenhados em suas atribuições. Para garantia da continuidade do cuidado, monitoramento e avaliação da saúde materna e perinatal, destaca-se a Estratégia Saúde da Família (ESF), porta de entrada dos serviços de saúde, na qual as pessoas obtêm serviços de saúde simples ou complexos. É uma estratégia de adequação do modelo assistencial que visa desenvolver ações individuais e coletivas de vigilância e promoção da saúde, incluindo a assistência pré-natal (Viellas, 2014).

Deste modo, com a justificativa de fazer um levantamento para subsidiar novos estudos, teve como objetivo identificar a importância da assistência multiprofissional ao pré-natal na Atenção Básica de Saúde.

2. MÉTODO

Trata-se de uma Revisão Integrativa, tipo de pesquisa que permite a análise de estudos, permitindo a inclusão de estudos experimentais e não-experimentais para uma compreensão completa e profunda do fenômeno analisado, tendo como base estudos anteriores (Mendes; Silveira; Galvão, 2008).

A revisão seguiu rigorosamente as seis etapas propostas por Mendes, Silveira e Galvão (2008): identificação do tema e seleção da hipótese ou questão de pesquisa; estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos; definição das informações a serem retiradas dos artigos selecionados; categorização e avaliação dos estudos incluídos; interpretação dos resultados e apresentação da revisão e síntese do conhecimento.

Utilizou-se a estratégia PICo para formulação da pergunta, sendo "P" (Population/Patient/Problem), "I" o fenômeno de interesse (Interest) e "Co" o contexto (Context). Ajustando-se o objeto de estudo à estratégia P: pré-natal de gestantes; I: relevância na assistência multiprofissional; Co: atenção primária, tem-se como questão norteadora: Qual a relevância da assistência multiprofissional no pré-natal de gestantes acompanhadas na APS?

As pesquisas foram realizadas no mês de abril de 2023, nas bases de dados Web of Science; MEDLINE via PUBMED, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) via BVS e Science Direct, por meio dos descritores do DeCS/MeSH: “Equipe Multiprofissional”; “Cuidado Pré-Natal”; “gestantes”; “Atenção Primária à Saúde”; “Multidisciplinary Team”; "Prenatal care"; “pregnant women”; “Primary Health Care”. Foram utilizados os operadores booleanos AND e OR para melhor ênfase nas equações de pesquisa.

Dois revisores participaram independentemente das buscas; um terceiro revisor participou na seleção dos estudos quando houve dúvidas na inserção dos artigos. As equações de busca estão descritas no Quadro 1.

Quadro1 - Estratégias de busca para a Revisão Integrativa.

Base/banco de dados	Equação de busca	Número de estudos
LILACS via BVS	("equipe multiprofissional") AND ("pré-natal") AND (gestante) AND ("atenção primária à saúde") OR ("atenção básica")	39
Science Direct	*("multidisciplinary team") AND ("prenatal care") AND ("pregnant women") AND ("primary health care")*	18
MEDLINE via Pubmed	*("multidisciplinary team") AND ("prenatal care") AND ("pregnant women") AND ("primary health care")*	13
Web of Science	*multidisciplinary team AND prenatal care AND primary health care*	25
TOTAL		95

Fonte: Elaboração própria.

Para seleção de artigos foram utilizados os seguintes critérios de inclusão: trabalhos que estivessem nos idiomas em inglês, português e espanhol, que fossem publicados na íntegra e textos disponíveis. Os critérios de exclusão foram: trabalhos que não estivessem no tema e objetivo de estudo. Não foi utilizado tempo de publicação como parâmetro de seleção.

Após as buscas serem realizadas, foram aplicados os critérios de inclusão e exclusão. Selecionando os artigos, os revisores utilizaram a ferramenta (Ursi, 2005), para melhor identificação dos dados dos artigos, os escolhendo através de leitura de título inicialmente e depois leitura dos resumos. Selecionados, um terceiro revisor, leu os artigos escolhidos na íntegra.

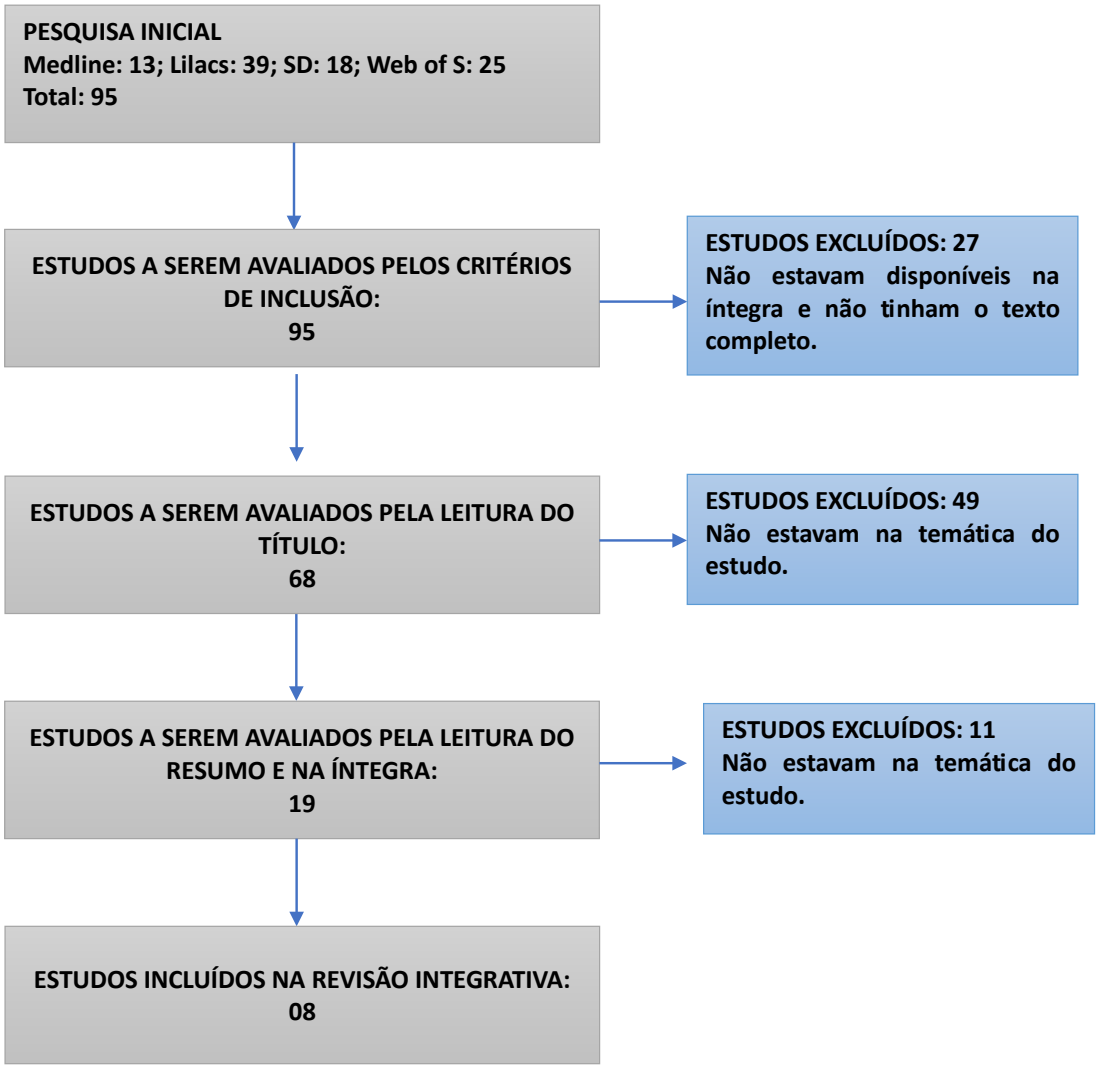
A ferramenta utilizada para coletar dados dos artigos classificados na revisão foi segundo Ursi (2005). Isso inclui a identificação do artigo original, características metodológicas do estudo e objetivos encontrados.

Após a escolha e inclusão dos artigos, foi realizada extração das principais características dos artigos, com ênfase em seus objetivos onde realizou-se uma síntese descritiva, dando assim, continuidade as etapas da revisão integrativa.

3. RESULTADOS

A pesquisa realizada na base de dados obteve os seguintes resultados: foram encontrados 95 estudos iniciais. Aplicando os critérios de inclusão 27 foram excluídos pois não estavam disponíveis e não estavam com o texto completo, restando 68 para leitura do título. Posteriormente à leitura do título, foram excluídos 49 artigos, pois o mesmo não apresentava o tema proposto, restando assim 19 artigos, onde foram lidos os resumos e na íntegra e oito artigos foram incluídos na presente Revisão Integrativa. O processo de escolha de artigos está descrito na (Figura 1).

Figura 1 - Processo de seleção dos estudos na Revisão Integrativa



Fonte: Elaboração própria.

Como forma de organização para melhor extração e identificação dos principais dados dos artigos incluídos, foi elaborado um quadro sinóptico com as seguintes características: autores/ ano de publicação; título; base de dados; objetivo e principais resultados, os artigos foram organizados em ordem crescente de publicação (Quadro 2).

Quadro 2 - Quadro sinóptico com as principais características dos artigos incluídos na Revisão Integrativa com as características: autores/ ano de publicação; título; base de dados; objetivo e principais resultados.

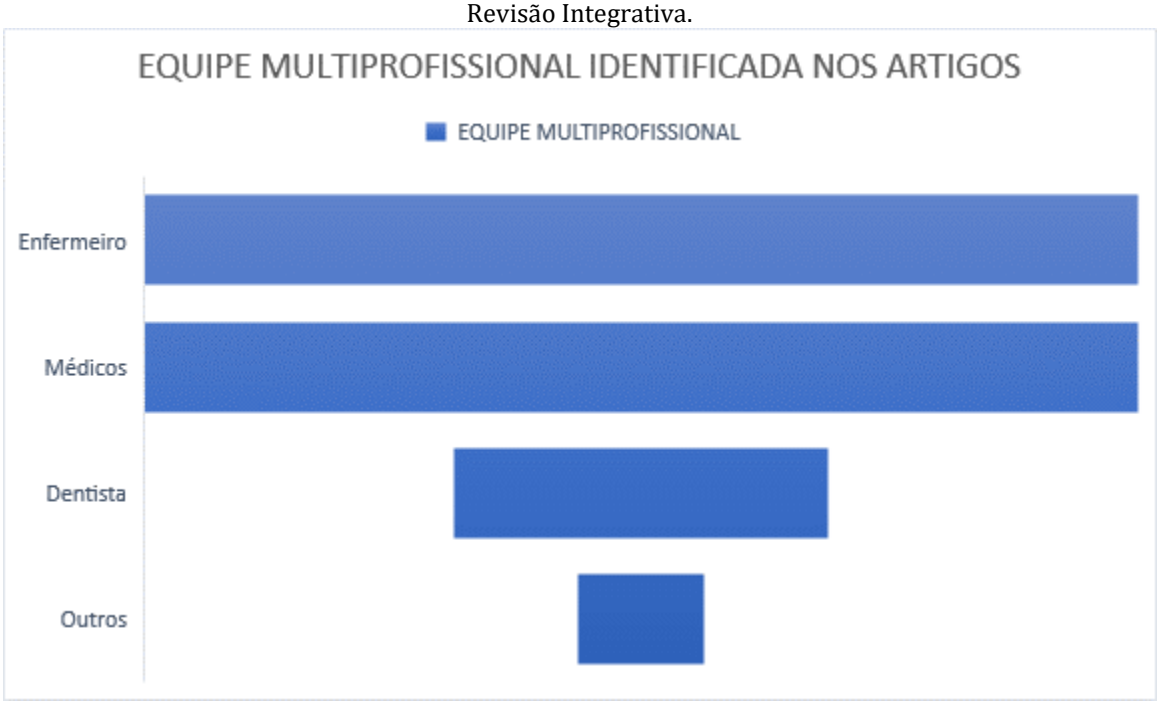
Autores/Ano	Base de dados	Título	Objetivo	Resultados
JORGE *et al.*, 2015	Web of Science	Assistência pré-natal e políticas públicas de saúde da mulher: Revisão integrativa.	Analisar evidências sobre a assistência pré-natal implementada na atenção básica, com foco na percepção de gestantes, puérperas e profissionais de saúde e na relação com as políticas públicas da saúde da mulher.	Observou-se que a assistência pré-natal eficaz favorece a diminuição dos índices de mortalidade materna. A percepção de gestantes e puérperas quanto à assistência pré-natal foi discutida com base nas recomendações do Ministério da Saúde e está vinculada importância da atuação de equipe multiprofissional. Identificaram-se deficiências quanto ao conhecimento das gestantes acerca da atenção odontológica, orientações sobre aleitamento materno e participação de pais em grupos de educação realizados no pré-natal. Os enfermeiros associaram a realização do pré-natal aos efeitos benéficos, desde que as gestantes realizem as consultas e que os profissionais estejam aptos a adotarem condutas de acompanhamento eficaz no pré-natal.
FAQUIM, 2016	LILACS	Colaboração interprofissional na Estratégia Saúde da Família e a produção do cuidado em saúde durante o pré-natal.	Descrever as percepções e atitudes de profissionais de saúde da Estratégia de Saúde da Família sobre as relações interprofissionais na atenção ao pré-natal, construir coletivamente e testar um protocolo de atenção à gestante para impulsionar as competências no trabalho colaborativo com vistas ao incremento da qualidade do cuidado.	Em geral, observou-se percepção/atitude favorável dos profissionais em relação à colaboração interprofissional. Diferenças entre as categorias profissionais podem representar uma barreira subjetiva à implementação de protocolos que demandariam maior grau de trabalho colaborativo. Diferenças entre as unidades de atenção recebidas que a interação entre membros das equipes multiprofissionais pode sobrepujar dificuldades decorrentes do modo isolado e distinto no qual cada categoria profissional é formada. Foi produzido um Protocolo de Atenção à Gestante abrangendo o fluxo e a dinâmica dos processos de trabalho dentro de uma perspectiva de colaboração interprofissional. Segundo os profissionais, a intervenção apesar do seu caráter desafiador, estimulou o comprometimento da equipe para reorientar o processo de trabalho ocorrido em maior interação profissional colaborativa.
CARDELLI *et al.*, 2016	MEDLINE	Expectations and satisfaction of pregnant women: unveiling prenatal care in primary care.	Analisar a percepção de primíparas sobre o pré-natal em Unidades Básicas de Saúde de um município do sul do Brasil.	Análise resultou em três categorias: Representação da expectativa sobre o pré-natal; resgatar o cuidado oferecido na consulta de pré-natal; desvelando a (in)satisfação com a consulta de pré-natal. O pré-natal foi apreendido como momento essencial para uma gravidez segura, embora centrado na figura do médico e garantia de acesso precoce a exames laboratoriais e de imagem. Por outro lado, revelou-se insatisfação desde o acolhimento à entrada da unidade de saúde até ao acesso às consultas, embora alguns depoimentos sugiram uma satisfação pontual.

Autores/Ano	Base de dados	Título	Objetivo	Resultados
MARQUES *et al.*, 2020	LILACS	Orientações às gestantes no pré-natal: a importância do cuidado compartilhado na atenção primária em saúde.	Analisar a associação entre a adequação das orientações recebidas durante o pré-natal e o profissional que atendeu a gestante na maioria das consultas na Atenção Primária à Saúde.	A prevalência de orientações dadas pelos profissionais de saúde às gestantes foi mais elevada quando o pré-natal foi mais compartilhado entre enfermeiros e médicos, em comparação ao atendimento majoritário por profissional de apenas uma profissão.
ALMADA *et al.*, 2020	Web of Science	Desafios da assistência pré-natal em um município no interior da Amazônia.	identificar por meio dos questionários aplicados às gestantes e aos profissionais da saúde quais os obstáculos enfrentados na assistência do Pré-natal em duas Unidades Básicas de Saúde no interior da Amazônia, tendo como base o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN).	Resultados: 68% das gestantes não tinham reclamações quanto ao atendimento que recebiam, mas 20% reclamaram da falta de tempo para as consultas, no ponto de vista dos profissionais os maiores obstáculos do atendimento humanizado são a falta de estrutura e da equipe multiprofissional, o que variou conforme o perfil socioeconômico da UBS.
SANINE *et al.*, 2021	LILACS	Desvelando o cuidado às gestantes de alto risco em serviços de atenção primária do Município de São Paulo, Brasil: a ótica dos profissionais.	Avaliar a atenção às mulheres durante a gestação de alto risco, sob a ótica de quem atua nos serviços de atenção primária à saúde (APS) do Município de São Paulo, Brasil.	Desvelou-se a necessidade de flexibilização do uso de protocolos assistenciais no processo de trabalho, o que pode impulsionar a corresponsabilização das equipes de APS pelo cuidado, a fim de adequá-la às singularidades e necessidades de cada gestante, para além dos limites da organização dos serviços baseada na lógica de práticas biologicistas.
RODRIGUES *et al.*, 2021	LILACS	Pré-natal na atenção primária, adequação das consultas e avaliação da assistência às gestantes: revisão integrativa.	Avaliar a assistência às gestantes na atenção primária à saúde e a adequação das consultas de pré-natal.	A pesquisa possibilitou a visualização das dificuldades relacionadas à gestão, a união da equipe multiprofissional, da capacitação e aperfeiçoamento dos profissionais de saúde, da melhoria das consultas de pré-natal e também da diferença na qualidade da assistência prestada às mulheres negras e indígenas.(AU)
CUNHA *et al.*, 2022	LILACS	Assistência multiprofissional à gestante no contexto da pandemia pela COVID-19.	Analisar a assistência multiprofissional à gestante no contexto da pandemia pela COVID-19.	A pandemia por Covid permitiu a reorganização do fluxo de atendimento as gestantes, utilização das Tecnologias de Informação e Comunicação, realização de busca ativa e a educação em saúde no consultório. Porém, houve desafios no contexto do pré-natal como a efetivação da Educação Permanente em Saúde e o compartilhamento de consultas. a assistência gestacional foi readequada durante a pandemia e a atuação multiprofissional garantiu qualidade no pré-natal(AU).

Fonte: Autoria própria, 2023.

Diante dos dados encontrados nos artigos, pode-se identificar que: os profissionais que foram citados fazendo parte da equipe multiprofissional na Atenção Básica foram: 40% enfermeiros; 40% medicina; 15% odontologia e 5% outros profissionais (Gráfico 1).

Gráfico 1 - Identificação de profissionais que fazem parte da equipe multiprofissional encontrada nos artigos da Revisão Integrativa.



Fonte: Elaboração própria.

4. DISCUSSÃO

A Estratégia Saúde da Família (ESF), implementada pelo Ministério da Saúde (MS), desenvolve ações coletivas que possibilitam o atendimento da atenção básica (AB) de forma integrada e equânime. Dentre os planos elaborados nesse âmbito, são recomendadas ações para a saúde da criança, do adulto, do idoso e, principalmente, da saúde da mulher (Jorge *et al.*, 2015; Faquim, 2016).

As medidas de saúde desenvolvidas na saúde da mulher incluem a prevenção do câncer do colo do útero, planejamento familiar, prevenção de problemas dentários em gestantes e assistência pré-natal. Este último agrega uma série de procedimentos e cuidados, incluindo pré-natal, diagnóstico de gravidez, avaliação de risco de gravidez na primeira consulta e medidas preventivas como alimentação complementar, vacinação antitetânica e avaliação pós-parto de gestantes com baixo peso ao nascer (Rodrigues *et al.*, 2021; Faquim, 2016). Uma análise histórica das políticas públicas de saúde da mulher no Brasil mostra que, até a década de 1970, a saúde materno-infantil era prioridade máxima. Nesse período, surgiram alguns documentos importantes, como: o Plano Diretor da Política Nacional de Saúde Materno-Infantil, que dispunha sobre programas de assistência ao parto, à maternidade e à gravidez de alto risco; o

Programa de Saúde Materno-Infantil (PSMI), com foco na nutrição infantil, gestantes, puérperas, fertilidade e relacionamento entre mulheres em idade reprodutiva; e o Programa de Prevenção da Gravidez de Alto Risco, que visa prevenir a gravidez de alto risco (Cassiano *et al.*, 2014).

As evidências científicas para a implementação do pré-natal na atenção primária são relevantes para a política de saúde da mulher. Em relação às características do pré-natal, pesquisas constataram que o acompanhamento específico da gestação pode garantir uma assistência obstétrica e puerperal de qualidade e reduzir a mortalidade materna e infantil. A literatura indica que a maioria dos problemas da gravidez são evitáveis, incluindo: pressão alta durante a gravidez, complicações do parto, hemorragia pós-parto e infecções (Jorge *et al.*, 2015).

Para alcance de bons resultados, é importante que haja interação profissional na Atenção Básica em relação aos cuidados do pré-natal. Avanços na qualidade do aconselhamento pré-natal têm sido documentados na literatura científica. No entanto, o diagnóstico do processo organizacional do negócio da atenção primária à saúde mostra claramente que a infraestrutura, principalmente os recursos humanos, não é suficiente nem para cobrir as reais necessidades. Além disso, não há médicos e enfermeiros qualificados suficientes para esse nível de atenção. A criação do pré-natal nesse contexto acabou se distanciando de seu caráter acolhedor e humano, enfatizando o cuidado biológico/clínico, e se recusou a utilizar esse momento como um espaço de escuta ativa para atender às necessidades individuais da mulher em relação à gravidez (Cardelli *et al.*, 2016; Sanine *et al.*, 2021).

O Ministério da Saúde entende a importância da abertura das unidades de saúde para que cumpram seu papel de educadores e promotores de saúde. Portanto, enfatiza-se que as gestantes e suas famílias devem receber orientações básicas sobre pré-natal adequado, cuidados maternos e neonatais e outros tópicos importantes de saúde durante o pré-natal (Cunha *et al.*, 2022).

A educação em saúde e assistência às gestantes, devem e podem ser realizadas por vários profissionais que compõem a equipe de saúde da família. Porém, a legislação vigente (PNAB, 2017), traz como obrigatoriedade a equipe de saúde da família composta por médico, enfermeiro, técnico de enfermagem ou auxiliar de enfermagem e agente comunitário de saúde. A equipe de Saúde Bucal não faz parte da equipe de saúde da Família, sendo assim, não obrigatória. Outro ponto que tem enfraquecido a Atenção Básica é a extinção dos recursos no NASF, onde o mesmo podia ser composto por educador físico, fisioterapeuta, nutricionista, terapeuta ocupacional e até medicina complementar (Brasi, 2017). Sem os recursos financeiros

e estruturais necessários, a abordagem multiprofissional e integral do pré-natal fica fragilizada e muitas vezes inviável de ser realizada.

Abordagens e estratégias devem ser definidas para garantir que a gestante receba e seja capaz de aplicar todas as orientações preconizadas. Portanto, a importância de reforçar os cuidados envolvidos no pré-natal e promover procedimentos educativos para esclarecer todas as suas dúvidas e incertezas pode contribuir para a gravidez de baixo risco para mulheres e crianças (Marques *et al.*, 2020).

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A equipe multiprofissional é de grande relevância para assistência e educação em saúde no pré-natal. A abordagem de forma integral e intersetorial é necessária para que o atendimento seja completo, humanizado e os problemas sejam sanados. Porém, na literatura foi visto e identificado pontos de fragilidade que dificultam e até mesmo impossibilitam a atuação da equipe multiprofissional. Portanto, é necessário reorganizar os processos de trabalho na Atenção Básica.

REFERÊNCIAS

ALMADA, L.C.L. *et al.* Desafios da assistência pré-natal em um município no interior da Amazônia. **Saúde em Redes**, v. 6, n. 2, p. 11-24, 2020.

CARDELLI, A. *et al.* Expectations and satisfaction of pregnant women: unveiling prenatal care in primary care. **Invest Educ Enfermería**, v. 34, n. 2, p. 252-260, 2016.

CASSIANO, A.C.M *et al.* Saúde materno infantil no Brasil: evolução e programas desenvolvidos pelo Ministério da Saúde. **Rev Serv Público**, v. 65, n. 2, p. 227-244, 2014.

CEI, N.V.S. *et al.* Rede Cegonha e equipe multiprofissional no pré-natal e puerpério de Unidades Básicas de Saúde de Belém, Pará. **Pará Res Med J**, v. 3, n. 1, 2019.

CUNHA, C.S. *et al.* Assistência multiprofissional à gestante no contexto da pandemia pela COVID-19. **Nursing**, p.7770-9, 2022.

DOMINGUES, R.M.S.M. *et al.* Adequação da assistência pré-natal segundo as características maternas no Brasil. **Rev Pan Salud Pública**, v. 37, p. 140-147, 2015.

FAQUIM, J.P.S. **Colaboração interprofissional na Estratégia Saúde da Família e a produção do cuidado em saúde durante o pré-natal**. 2016. Tese (Doutorado) - Universidade de São Paulo, São Paulo, 2016.

FRANCO, R.V.A.B. *et al.* Pré-natal realizado por equipe multiprofissional da Atenção Primária à Saúde: Prenatal care performed by a multiprofessional team of primary health care. **Cadernos ESP**, v. 14, n. 1, p. 63-70, 2020.

JORGE, H.M.F. *et al.* Assistência pré-natal e políticas públicas de saúde da mulher: revisão integrativa. **Rev Bras Prom Saúde**, v. 28, n. 1, p. 140-148, 2015.

MARQUES, B.L. *et al.* Orientações às gestantes no pré-natal: a importância do cuidado compartilhado na atenção primária em saúde. **Esc Anna Nery Rev Enferm.**, v. 25, 2020.

MENDES, K.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, p. 758-764, 2008.

ROCHA, C.G.G. *et al.* Determinantes Sociais da Saúde no pré-natal: um olhar multiprofissional na Atenção Primária. **Res Soc Develop.**, v. 10, n. 3, 2021.

RODRIGUES, A.F.M. *et al.* Pré-natal na atenção primária, adequação das consultas e avaliação da assistência às gestantes: revisão integrativa. **Nursing**, v. 24, n. 275, p. 5484-5495, 2021.

SANINE, P.R. *et al.* Desvelando o cuidado às gestantes de alto risco em serviços de atenção primária do Município de São Paulo, Brasil: a ótica dos profissionais. **Cad Saúde Pública**, v. 37, p. e00286120, 2021.

VIELLAS, E.F. *et al.* Assistência pré-natal no Brasil. **Cad Saúde Oública**, v. 30, p. S85-S100, 2014.

CAPÍTULO 23

A RELEVÂNCIA DO LETRAMENTO EM SAÚDE NO CONTEXTO DE CUIDADOS PALIATIVOS

DOI: 10.51859/amplla.gsi925.1125-23

Willan Nogueira Lima
Mirlene Souza Santos Soares
Maria Luciana de Almeida Lima
Virna Ribeiro Feitosa Cestari
Helena Alves de Carvalho Sampaio

1. INTRODUÇÃO

O conceito de Letramento em Saúde (LS) foi introduzido na década de 1970 e influenciou significativamente a saúde pública e a prestação de cuidados de saúde com o objetivo de fornecer a capacidade de compreender as complexidades e demandas dos cuidados de saúde (Sorensen *et al.*, 2012).

Letramento em saúde refere-se ao conhecimento e habilidades do indivíduo para acessar, entender, avaliar e aplicar informações de saúde, bem como conseguir utilizar satisfatoriamente os benefícios que os serviços de saúde oferecem, sendo que tal conhecimento e conjunto de habilidades apenas são possíveis quando os serviços de saúde proporcionam este desenvolvimento, empoderando as pessoas para a melhor autogestão de sua saúde (WHO, 2021).

O LS é importante em todos os setores assistenciais, onde a responsabilidade de comunicar informações e avaliar seu entendimento é do especialista, que necessita de uma linguagem clara e compreensível, principalmente enfermeiros que atuam em cuidados paliativos (Noordman *et al.*, 2019).

O termo "cuidados paliativos" refere-se ao desenho de uma intervenção de equipe multidisciplinar para pacientes além do escopo da melhora terapêutica. Os cuidados paliativos são uma abordagem ativa e holística do doente que garante qualidade e conforto no seu fim de vida ou doença crónica, onde o controle dos sintomas é essencial, prevenindo e aliviando o sofrimento físico, psicológico, social e psíquico (Hermes; Lamarca, 2013).

Noordman *et al.* (2020) abordam o fato de os pacientes em cuidados paliativos, seus familiares/cuidadores sentirem necessidade de compreender as informações de saúde

prestadas aos profissionais, mas essa compreensão é prejudicada pelo insuficiente LS e pela linguagem técnica utilizada por esses profissionais.

As habilidades de comunicação são muito importantes e devem ser desenvolvidas por todos os profissionais que prestam informações aos familiares e pacientes, podendo essa habilidade ser complementada por treinamentos voltados para LS em saúde (Noordman *et al*., 2020). Deste modo, este estudo tem como objetivo identificar através da literatura científica a importância do letramento em saúde no contexto paliativista.

2. MÉTODO

Trata-se de uma revisão integrativa. Esse tipo de pesquisa permite a análise de pesquisas, por exemplo, combinando estudos empíricos e não experimentais com base em pesquisas anteriores para obter uma compreensão profunda e abrangente do assunto que está sendo analisado (Mendes; Silveira; Galvão, 2008).

A revisão seguiu rigorosamente as seis etapas propostas por Mendes, Silveira e Galvão (2008): identificação dos temas e seleção das hipóteses ou questões de pesquisa estabelecimento critérios de inclusão e exclusão de estudos; determinação das informações a serem removidas dos artigos selecionados; classificação e avaliação; interpretação e apresentação resultados para revisão e síntese de informações.

Utilizou-se a estratégia PICo para formulação da pergunta, sendo "P" (Population/Patient/Problem), "I" o fenômeno de interesse (Interest) e "Co" o contexto (Context). Ajustando-se o objeto de estudo à estratégia P: cuidados paliativos; I: letramento em saúde; Co: importância/relevância, tem-se como questão norteadora: Qual a importância do letramento em saúde para o contexto de cuidados paliativos?

As pesquisas iniciais foram realizadas no mês de abril de 2023 e a síntese finalizada no início do mês de maio de 2023. As bases de dados utilizadas foram: Web of Science; MEDLINE via BVS, Science Direct e Pubmed onde foram usados na pesquisa os descritores do DeCS/MeSH: "Letramento em Saúde"; *"Health Literacy"*; "Cuidados Paliativos"; *"Palliative Care"*. Foi utilizado o operador booleano AND.

Dois revisores participaram independentemente das buscas iniciais e seleções dos estudos, não havendo necessidade de um terceiro revisor. As equações de busca estão descritas no Quadro 1.

Quadro 1 - Estratégias de busca para a Revisão Integrativa

Base/banco de dados	Equação de busca	Número de estudos
Science Direct	*"Health Literacy" AND "Palliative Care"*	113
PUBMED	*"Health Literacy" AND "Palliative Care"*	122
MEDLINE via BVS	(mh:("letramento em saúde")) AND (mh:("cuidados paliativos"))	21
Web of Science	*"Health Literacy" AND "Palliative Care"*	123
TOTAL		379

Fonte: Elaboração própria.

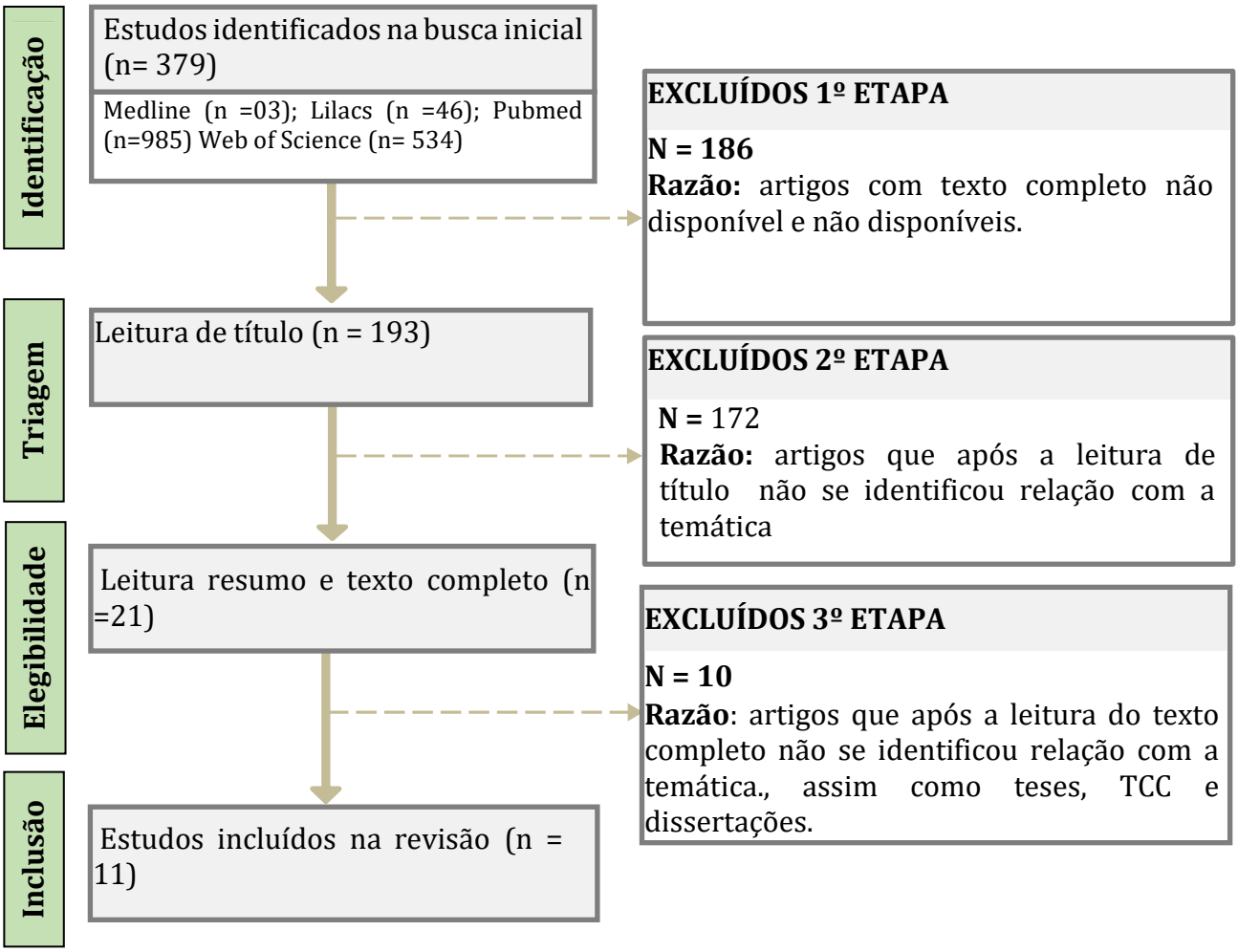
Para seleção de artigos foram utilizados os seguintes critérios de inclusão: trabalhos que estivessem em quaisquer que fosse o idioma, que fossem publicados na íntegra e textos disponíveis online. Os critérios de exclusão foram: trabalhos que não estivessem no tema e objetivo de estudo, estudos de trabalho de conclusão de curso, teses, dissertações e trabalhos em anais de eventos. Não foi utilizado tempo de publicação como parâmetro de seleção.

Como forma de organização e análise dos artigos incluídos utilizou-se a análise categorial temática (Bardin, 2016). Com o intuito de organizar e interpretar o conteúdo dos textos, a análise segue as seguintes fases de condução: a) organização da análise; b) codificação; c) categorização; d) tratamento dos resultados, inferência e a interpretação dos resultados.

3. RESULTADOS

A pesquisa realizada na base de dados obteve os seguintes resultados: foram encontrados 379 estudos iniciais. Aplicando os critérios de inclusão 186 foram excluídos pois não estavam disponíveis e não estavam com o texto completo, restando 193 para leitura do título. Posteriormente à leitura do título, foram excluídos 172 artigos, pois o mesmo não apresentava o tema proposto, restando assim 21 artigos, onde foram lidos os resumos. Após a leitura do resumo, foram excluídos 10 estudos, pois não atendiam ao objetivo proposto, restando 11 artigos para leitura do texto completo, onde os 11 foram incluídos na presente revisão. O processo de escolha de artigos está descrito na (Figura 1).

Figura 1 - Processo de seleção dos estudos na Revisão Integrativa



Fonte: Elaboração própria.

Para dar continuidade na organização dos resultados, foi desenvolvido um quadro sinóptico com as seguintes características: autores/ ano de publicação; título; base de dados; objetivo e principais resultados (Quadro 2).

Quadro 2 - Quadro sinóptico com as principais características dos artigos incluídos na revisão integrativa com as características: autores/ano de publicação; base de dados; objetivo e principais resultados.

Nº	Autor/ano	Base de dados	Objetivo	Resultados
1	BALTAZAR; POPEYJOE, 2022	MEDLINE	Esta pesquisa teve como objetivo revisar a literatura para identificar como o letramento em saúde e a comunicação em saúde influenciaram as conversas sobre cuidados paliativos com substitutos de tomada de decisão e os resultados de saúde de pacientes gravemente enfermos.	O letramento em saúde dos substitutos não foi significativo para os resultados dos pacientes. No entanto, houve diferenças significativas entre o clínico e o substituto comunicação influenciada pelas experiências anteriores de cuidados de saúde dos substitutos. A comunicação precoce sobre o prognóstico foi importante para os substitutos. Abordagens de comunicação estruturada foram preferidas pelos substitutos. As limitações da revisão incluíram principalmente participantes brancos, pequena variabilidade de locais de pesquisa e poucos artigos. Pesquisas futuras precisam estudar os efeitos do letramento substituta em saúde de pacientes gravemente enfermos sobre a disposição de aceitar cuidados paliativos.

Nº	Autor/ano	Base de dados	Objetivo	Resultados
2	ROODEBEEN et al., 2020	MEDLINE	Avaliar o conhecimento dos profissionais em relação as técnicas de letramento em saúde para cuidados paliativos.	Em geral, os profissionais de saúde reconheciam o letramento limitada como um conceito, no entanto, não reconheciam o letramento limitada em saúde . Em relação ao SDM, alguns HCPs eram fortes defensores, outros não acreditavam no SDM como um conceito e o consideravam inviável. Além disso, cinco temas, atuando como estratégias, barreiras ou sugestões de melhoria emergiram das entrevistas: 1) gestão do tempo; 2) habilidades de comunicação dos HCPs; 3) adaptação da informação; 4) características dos pacientes e outros significativos; 5) o conteúdo da informação médica.
4	NOORDMAN et al., 2019	MEDLINE	O objetivo deste estudo é resumir as estratégias e ferramentas disponíveis para os profissionais de saúde para uma comunicação bem-sucedida, fornecimento de informações e/ou tomada de decisão compartilhada no apoio a pacientes com letramento em saúde limitada em cuidados paliativos hospitalares em países ocidentais.	Foram incluídos cinco estudos que mostraram que existem estratégias presenciais, escritas e online disponíveis para os profissionais de saúde para apoiar a comunicação, o fornecimento de informações e, em menor grau, a tomada de decisão (compartilhada) em cuidados paliativos para pacientes com alfabetização em saúde limitada. As estratégias que foram mencionadas várias vezes foram: método teach-back, comunicação livre de jargões e desenvolvimento e teste de materiais com pacientes com letramento em saúde limitada, entre outros. Duas ferramentas de apoio foram encontradas: auxiliares de decisão do paciente e listas de perguntas.
5	METIN; DEMIRCI; METIN, 2019	MEDLINE	Neste estudo, objetivamos investigar o efeito do letramento em saúde do cuidador de pacientes sobre os resultados do cuidado de pacientes em cuidados paliativos.	Cerca de 19,50% dos cuidadores de pacientes estão no grupo de PA adequada (suficiente/perfeita) em termos de PA geral. Os cuidadores tiveram dificuldade de acesso à informação/conhecimento do que fazer em caso de emergência. A prevalência de ocorrência de escaras em pacientes cujo cuidador tem LS inadequado' é maior do que em pacientes cujo cuidador tem LS'adequado'. Taxa de 'LS inadequada' do cuidador é maior no grupo de mortos. À medida que o valor da variável tempo de internação aumenta 1 unidade, o risco de mortalidade diminui 2%
6	PRABHU et al., 2017	PUBMED	Avaliar os níveis de legibilidade dos recursos on-line de educação do paciente em cuidados paliativos usando 10 algoritmos de legibilidade amplamente aceitos na literatura médica.	A maioria dos artigos de educação em cuidados paliativos prontamente disponíveis no Google são escritos acima das recomendações nacionais de o letramento em saúde. Há necessidade de revisar esses recursos para permitir que os pacientes e suas famílias obtenham o máximo benefício desses materiais.
7	OTTE et al., 2022	PUBMED	Este estudo explora sugestões/preocupações emocionais expressas por pacientes com letramento em saúde limitada e avalia as respostas dos profissionais de saúde a essas declarações.	Os profissionais de saúde responderam com a mesma frequência de cinco maneiras diferentes, mas evitaram explorar mais a emoção revelada na sugestão/preocupação. Pesquisas futuras devem elaborar essas observações exploratórias, especialmente em relação ao motivo pelo qual os profissionais de saúde muitas vezes deixam apenas um espaço limitado para maior revelação de emoções em cuidados paliativos.
8	CHRISTENSEN, 2016	Web of Science	Identificar o impacto do letramento em saúde nos resultados dos cuidados paliativos.	Os resultados de saúde podem melhorar quando os enfermeiros reconhecem as barreiras potenciais o letramento em saúde e usam intervenções baseadas em evidências. Uma revisão da pesquisa atual sobre letramento em saúde é fornecida para auxiliar os enfermeiros com estratégias de comunicação na prestação de cuidados paliativos .

Nº	Autor/ano	Base de dados	Objetivo	Resultados
9	KIDD et al., 2018	Web of Science	Investigar o contexto da letramento em saúde para Maori em um ambiente de cuidados paliativos.	Este estudo descobriu que o choque e a dor que acompanham uma doença que limita a vida tornaram a audição e o processamento de informações de saúde muito difíceis para os pacientes e whānau. Além disso, "conversas difíceis" sobre a mudança do tratamento ativo para os cuidados paliativos eram frequentemente evitadas pelos profissionais de saúde, deixando os pacientes e whānau angustiados e confusos sobre suas escolhas e prognósticos. Finalmente, a baixa letramento cultural em saúde por parte das organizações provavelmente teve impacto no acesso tardio ou na evitação de cuidados paliativos para Māori.
11	HUANG et al., 2019	Web of Science	O objetivo deste estudo foi investigar as relações entre letramento em saúde e conhecimento, atitude e decisão em cuidados paliativos em idosos residentes na comunidade.	Mais da metade dos entrevistados tinha conhecimento suficiente sobre cuidados paliativos (60,7%) e uma atitude positiva (77,3%) e decisão positiva (85%) em relação aos cuidados paliativos. No modelo de equação estrutural, a letramento geral em saúde previu positivamente o conhecimento (β = 0.p <0,001), atitude (β = 0,06, p = 0,038) e decisão (β = 0,14, p < 0,001) em relação aos cuidados paliativos. O letramento em saúde geral teve um efeito geral maior na decisão do hospice (β = 0,57) do que o conhecimento do hospice (β = 0,54). Além disso o letramento em saúde de prevenção de doenças também demonstrou um nível mais alto de influência na decisão de cuidados paliativos (β = 0,59) do que o conhecimento de cuidados paliativos (β = 0,53). O letramento em saúde foi associada ao conhecimento, atitude e decisão sobre cuidados paliativos.

Fonte: Elaboração própria.

Após leitura de todos os artigos incluídos na revisão integrativa, pode-se observar que, os artigos se dividem em duas categorias de abordagem descritas no Quadro 3.

Quadro 3 - Distribuição de temáticas encontradas nos artigos incluídos na revisão.

EIXO	ARTIGOS	QUANTIDADE
A visão dos profissionais de saúde sobre letramento em saúde para cuidados paliativos	01, 02, 08, 10	04
O olhar dos pacientes e cuidadores em relação ao letramento em saúde para cuidados paliativos	03, 04, 05 ,06, 07, 09, 11	07

Fonte: Elaboração própria.

4. DISCUSSÃO

4.1. A visão dos profissionais de saúde sobre letramento em saúde para cuidados paliativos

De acordo com Roodbeen *et al*. (2020), identificou-se através de entrevistas com especialistas em um hospital de cuidados paliativos, questionando suas estratégias para melhorar a comunicação e sua importância na tomada de decisão compartilhada com pacientes com letramento em saúde insuficiente. Alguns profissionais identificaram o letramento em saúde como importante para os pacientes, mas argumentaram que o conhecimento limitado não fazia parte da realidade que vivenciavam na tomada de decisão compartilhada.

Vários autores argumentam que os profissionais devem investigar mais a fundo a importância do letramento em saúde do paciente, que pode reduzir as barreiras para um atendimento de qualidade, e recomendam pesquisas futuras para mostrar a verdadeira eficácia de uma boa comunicação e tomada de decisão compartilhada, abordando também as limitações dos serviços de saúde (Roodbeen *et al*., 2020; Baltazar; Popejoy, 2022; Christensen, 2016).

A comunicação entre a equipe de saúde e os pacientes/cuidadores deve ser clara e objetiva. Avaliando essa forma de comunicação, destaca-se a falta de compreensão das informações prestadas devido ao uso constante de termos técnicos, o que comprometeu a qualidade da assistência prestada ao paciente. A compreensão dos cuidadores se torna melhor com a linguagem mais coloquial e simples (Mayeda; Ward, 2019).

A tomada de decisão compartilhada de profissional com pacientes/familiares, influencia diretamente no modelo que será adotado para o melhor cuidado a ser integrado na vida dos pacientes, onde cada cliente toma a decisão correta para ser implantada em sua realidade vivida, dando autonomia e permitindo uma participação ativa em seu autocuidado, elevando assim a qualidade do mesmo (Christensen, 2016).

4.2. O olhar dos pacientes e cuidadores em relação ao letramento em saúde para cuidados paliativos

Na fase paliativa, os pacientes desenvolvem necessidades de saúde nas quais o especialista deve desenvolver habilidades para satisfazê-las. Duas dessas necessidades muito importantes são instrumentais, quando o paciente tem um desejo de saber e uma necessidade afetiva, o sentimento de ser conhecido, nesse sentido a saúde limitada torna esses pacientes distantes da realidade, requer habilidades de comunicação para atender às necessidades dos profissionais enfermeiros e médicos, para que isso aconteça, cabe aos cuidadores avaliar se as orientações são dadas, como opções de tratamento, suas consequências, prognóstico, etc., e sempre oferecer segurança, apoio e empatia aos todos os pacientes (Noordman *et al*., 2019).

Tanto na comunicação instrumental quanto na afetiva, os especialistas deixaram muito a desejar nas consultas analisadas, onde os pacientes não receberam apoio emocional suficiente, foram dadas orientações de saúde, mas não foi verificada a compreensão dessas informações, deixando espaço para os cuidados de qualidade, especialmente para pacientes com habilidades de saúde insuficientes e que precisam de adaptação de comunicação e pacientes com LH limitados em cuidados paliativos (Noordman *et al*., 2019).

Segundo Otte *et al*. (2022), os pacientes com letramento em saúde insuficiente na fase paliativa costumam ter preocupações emocionais. Esses autores confirmam a necessidade de

esclarecer as dúvidas dos pacientes, levando em consideração o nível de LS do indivíduo. O estudo recomenda novas pesquisas com o objetivo de reduzir as preocupações emocionais dos pacientes em fase paliativa e proporcionar um tratamento mais humanizado para problemas emocionais, sempre levando em consideração o nível de LS (Otte *et al*., 2022).

Kidd *et al*. (2018), enfatizam que é importante entender o que foi transmitido do profissional para o paciente, para isso o profissional deve avaliar o contexto cultural do indivíduo. O estudo constatou que os indígenas têm grande dificuldade de compreender as informações fornecidas pelos profissionais de saúde, sendo que muitos pacientes indígenas não conseguem comparecer às consultas, o que agrava seu quadro clínico e não conseguem administrar adequadamente seus sintomas, as mudanças físicas e mentais nos pacientes tornaram-se permanentes, resultando em cuidados paliativos incertos.

O letramento cultural em saúde deve ser avaliado e implementado de acordo com a realidade do paciente, o que diminui as barreiras de comunicação entre profissionais e pacientes da cultura indígena e promove cuidados paliativos mais acolhedores (Kidd *et al*., 2018).

O letramento em saúde inadequado entre a população aumenta significativamente a taxa de deterioração clínica dos pacientes. Os idosos são os que mais sofrem, pois não conseguem entender ou repetir as orientações da equipe de saúde, distanciando de sua realidade o autocuidado de qualidade.

O LS adequado tem a capacidade de mudar esse cenário, onde a adequação da comunicação do profissional é o ponto de partida para a autopercepção do paciente sobre sua condição clínica, essencial para a tomada de decisões e atividades de autocuidado, minimizando efeitos negativos à saúde.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo examinou vários aspetos relacionados com a literacia em saúde no contexto dos cuidados paliativos, destacando a importância do LS no autocuidado dos doentes em fase paliativa e no domínio da comunicação efetiva entre profissionais e especialistas. O paciente/cuidador é fundamental, assim como a capacidade de compreender as orientações de saúde dadas aos pacientes, familiares e cuidadores, o que só é possível com LS adequado.

O conhecimento adquirido nos estudos analisados possibilitou compreender a rede à qual está ligada o LS, que inclui todo o tratamento do paciente, permite o progresso da doença, desenvolve a autonomia, a capacidade de realizar atividades de tratamento de alta qualidade,

com foco no bem-estar de alguém, em que reflita a segurança do paciente promovendo o autocuidado, que é de extrema importância nos cuidados paliativos.

REFERÊNCIAS

BALTAZAR, A.O.; POPEJOY, L. Health Literacy of Surrogates and Communication Issues in Palliative Care Conversations in Critical Care: An Integrative Review. **J Hospice Pall Nurs**, p. 10.1097, 2022.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo.** 4. ed. Lisboa: Edições70, 2016.

BRISCOE, J.R. *et al*. Caring for the family caregiver: palliative care communication and health literacy. **South Comm J**, v. 86, n. 1, p. 84-85, 2021.

CHRISTENSEN, D. The impact of health literacy on palliative care outcomes. **J Hospice Pall Nurs.**, v. 18, n. 6, p. 544-549, 2016.

KIDD, J. *et al*. Cultural health literacy: the experiences of Māori in palliative care. **Global Health Promot**, v. 25, n. 4, p. 15-23, 2018.

HERMES, H.R.; LAMARCA, I.C.A. Cuidados paliativos: uma abordagem a partir das categorias profissionais da saúde. **Rev Ciênc Saúde Coletiva**, v.18, n. 09, p. 2577-88, 2013.

HUANG, H. *et al*. The impact of health literacy on knowledge, attitude and decision towards hospice care among community-dwelling seniors. **Health Soc Care Comm.**, v. 27, n. 5, p. e724-e733, 2019.

MAYEDA, D.P.; WARD, K.T. Methods for overcoming barriers in palliative care for ethnic/racial minorities: a systematic review. **Pall Support Care**, v. 17, n. 6, p. 697-706, 2019.

MENDES, K.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, p. 758-764, 2008.

METIN, S.; DEMIRCI, H.; METIN, A.T. Effect of health literacy of caregivers on survival rates of patients under palliative care. **Scand J Caring Sci.**, v. 33, n. 3, p. 669-676, 2019.

NOORDMAN, J. *et al*. Towards appropriate information provision for and decision-making with patients with limited health literacy in hospital-based palliative care in Western countries: a scoping review into available communication strategies and tools for healthcare providers. **BMC Palliative Care**, v. 18, n. 1, p. 1-10, 2019.

NOORDMAN, J. *et al*. Instrumental and affective communication with patients with limited health literacy in the palliative phase of cancer or COPD**. BMC Palliative Care**. v. 19, n. 01, p.152, 2020.

OTTE, R. *et al*. Affective communication with patients with limited health literacy in the palliative phase of COPD or lung cancer: Analysis of video-recorded consultations in outpatient care. **PlosOne**, v. 17, n. 2, p. e0263433, 2022.

PRABHU, A.V. *et al*. Online palliative care and oncology patient education resources through Google: Do they meet national health literacy recommendations? **Pract Rad Oncol.**, v. 7, n. 5, p. 306-310, 2017.

ROODBEEN, R. *et al*. Communication and shared decision-making with patients with limited health literacy; helpful strategies, barriers and suggestions for improvement reported by hospital-based palliative care providers. **PloSOne**, v. 15, n. 6, p. e0234926, 2020.

SORENSEN, K. *et al*. Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. **BMC Public Health.** p. 1-13, 2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Health Promotion Glossary of Terms 2021.** Geneva: WHO, 2021. v. 36**.**

ZHU, Y.; ENGUÍDANOS, S. When patients say they know about palliative care, how much do they really understand? **J Pain Symp Manag.**, v. 58, n. 3, p. 460-464, 2019.

CAPÍTULO 24

SUPLEMENTAÇÃO NUTRICIONAL EM CRIANÇAS COM TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA: REVISÃO INTEGRATIVA

DOI: 10.51859/amplla.gsi925.1125-24

Caroline Monique Rego Chagas Dantas
Antônio Augusto Ferreira Carioca
Virna Ribeiro Feitosa Cestari
Daniele da Silva Araújo

1. INTRODUÇÃO

O Transtorno do Espectro Autista (TEA) é caracterizado por uma síndrome comportamental que afeta o desenvolvimento neuropsicomotor comprometendo a interação social, a comunicação e a cognição da criança e manifesta-se até os três anos de idade (Vieira *et al.*, 2021). Apresenta uma gama de manifestações clínicas de alta complexidade, as quais podem estar relacionadas com diversas interações entre os genes, fatores epigenéticos e a exposição aos fatores ambientais. Apesar de existir inúmeras hipóteses, a etiologia do TEA ainda é desconhecida, contudo a explicação genética é a mais aceita na comunidade científica (Sandin, 2017).

O Autismo Infantil é caracterizado por anormalidades qualitativas que envolvem dificuldades nas habilidades sociais e comunicativas, apresenta um atraso global do desenvolvimento, além de comportamentos repetitivos e interesses limitados e estereotipados. Compromete principalmente a linguagem, o comportamento e a sociabilidade, e não apresenta, necessariamente, um retardo mental. Estudos indicam que o transtorno ocorre em garotos três ou quatro vezes mais frequentemente que em meninas (Siqueira *et al.*, 2016).

Estudos demonstram que a síndrome afeta cerca de 1% da população mundial, ou seja, aproximadamente 70 milhões de pessoas, o que corresponde de 1 a 5 casos em cada 10.000 crianças (Whitman, 2019). Dados publicados em 2023, a respeito da prevalência do TEA nos Estados Unidos (EUA) sugerem a incidência de uma criança com TEA a cada 36 crianças sem a condição (CDC, 2023). No Brasil, há uma estimativa de que cerca de dois milhões de pessoas possuam o transtorno (ONU, 2015).

As crianças com TEA têm maior risco de apresentarem dificuldades alimentares, como a recusa e seletividade de determinados alimentos e disfunções motoras e orais. Além disso,

podem apresentar deficiências de micronutrientes essenciais em comparação com outras crianças na mesma faixa de desenvolvimento. Sendo assim, os comportamentos alimentares específicos de crianças com TEA podem contribuir no desenvolvimento de deficiências nutricionais (Liu *et al*., 2016; Masi, *et al*., 2017).

Além disso, em razão do comportamento alimentar seletivo característico dos indivíduos com autismo e da recusa a alguns alimentos, o consumo alimentar pode ser limitado e a ingestão de vitaminas, minerais e ácidos graxos essenciais é inadequada, necessitando de intervenções com suplementação visando não apenas à melhora no estado nutricional, mas também em alterações comportamentais geradas pela deficiência do nutriente (Adams *et al*., 2004; Feucht *et al.*, 2010). A presente revisão teve como objetivo verificar os efeitos da suplementação dietética na redução de sintomas do Transtorno do Espectro Autista por meio de uma revisão de literatura.

2. MÉTODO

A revisão de literatura integrativa seguirá as seguintes fases de desenvolvimento: 1) identificação do tema e seleção da pergunta de pesquisa da revisão integrativa; 2) estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos, busca e seleção dos estudos primários; 3) definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados/ categorização dos estudos; 4) avaliação crítica dos estudos incluídos na revisão integrativa; 5) síntese e interpretação dos resultados; e 6) apresentação da revisão/síntese do conhecimento (Mendes; Silveira; Galvão, 2008), analisando estudos originais disponíveis nas bases de dados: *National Library of Medicine* (PubMed), MEDLINE, *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), LILACS e SCOPUS.

A pergunta norteadora da pesquisa foi "Qual o papel da suplementação nutricional em aspectos comportamentais, cognitivos, nutricionais e gastrointestinais em crianças com Transtorno do Espectro Autista?" Para construção da questão da pesquisa, foi utilizado o acrônimo PICO, no qual: "P"- Population, especifica qual a população em foco, "I"- Intervention, define qual o tipo de intervenção estamos testando, "C"- Comparison, identifica qual é o grupo controle que será testado juntamente com a intervenção, e, por fim "O"- Outcome, são os desfechos que se quer avaliar (Tabela 1). Essas questões direcionaram a busca de dados, auxiliando na definição das evidências clínicas inclusas, evitando informações desnecessárias.

Tabela 1 - Acrônimo PICO utilizado para a busca de dados.

Acrônimo	Descrição
População (Population)	Crianças com TEA
Intervenção (Intervention)	Suplementação nutricional
Comparação (Comparison)	Dieta padrão sem suplementação ou placebo
Desfecho (Outcome)	Melhora nos aspectos comportamentais, cognitivos e gastrointestinais

Fonte: Elaboração própria.

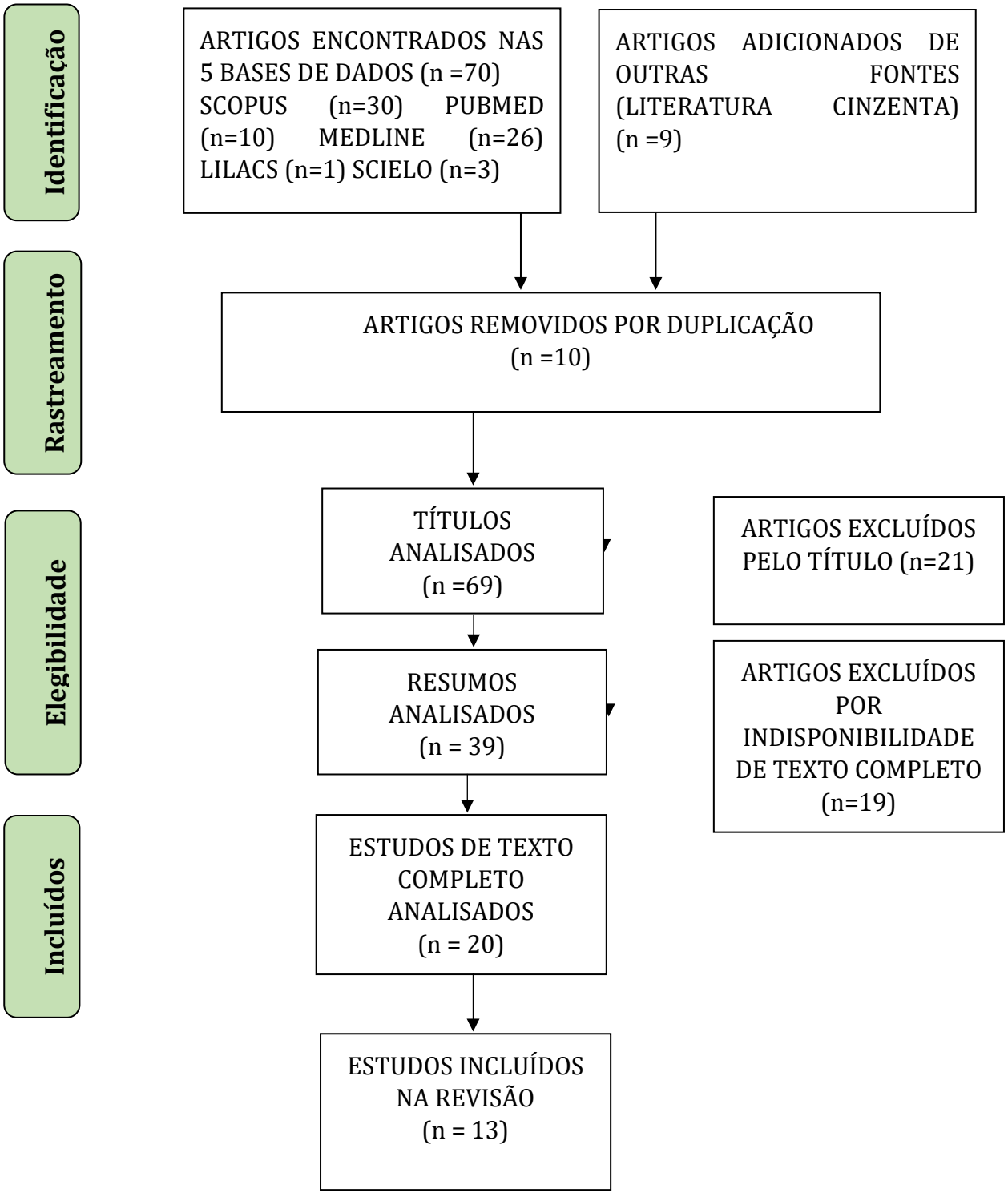
Para a busca das obras foram utilizadas as palavras-chaves presentes nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), em inglês*: "Autism Spectrum Disorder", "Dietary Supplements" e* "*Child Development*". Como critérios de inclusão, foram considerados artigos originais, que abordassem o tema pesquisado e permitissem acesso integral ao conteúdo do estudo, em inglês, português e espanhol, publicados no período de 2003 a março de 2023, abrangendo de forma ampla os últimos vinte anos de literatura, por se tratar de tema mais estudado recentemente. O critério de exclusão foi imposto naqueles que não atingissem o público alvo e os que não tivessem acesso gratuito ao conteúdo integral.

A estratégia de seleção dos artigos seguiu as seguintes etapas: busca nas bases de dados selecionadas; leitura dos títulos de todos os artigos encontrados e exclusão daqueles que não abordavam o assunto; leitura crítica dos resumos dos artigos e leitura na íntegra dos artigos selecionados nas etapas anteriores. Quanto às intervenções avaliadas, foram analisadas: dieta livre de glúten e caseína; dieta sem soja, suplementações de vitaminas, minerais, ômega-3, ômega-6, ômega-9, prebióticos e probióticos.

3. RESULTADOS

Foram encontradas 70 produções identificadas nas bases de dados, sendo na SCOPUS, 30, na PUBMED, 10, MEDLINE, 26, LILACS, 1 E SCIELO, 3. Posteriormente foram excluídas 10 por duplicação e 21 após a as análises dos títulos. Foram analisados 39 resumos, destes 19 foram excluídos por indisponibilidade de texto completo. Restaram 20 artigos, sendo selecionados 13 para a presente revisão (Figura 1).

Figura 1 - Fluxograma de seleção dos artigos.



Fonte: Elaboração própria.

Quadro 1 - Organização dos achados da pesquisa.

Autor, Ano e Periódico	Tipo de Estudo	Número de avaliados e Tempo	Exposição	Desfecho	Resultados Principais
Monteiro, et al, 2020 Revista Paulista Pediatria	Revisão sistemática	Estudos de 12 a 76 participantes; Tempo de intervenção de 7 dias a 24 meses	Dieta livre de glúten e caseína; suplementação de ômega 3; suplementação de micronutrientes ; e dietas alternativas.	A utilização de tratamentos alternativos para a melhora dos sintomas do TEA é amplamente divulgada, entretanto poucas evidências apoiam sua eficácia e segurança. As informações da literatura nesse campo são muito limitadas, tanto em quantidade quanto em qualidade.	Embora alguns autores exponham progressos nos sintomas associados ao autismo em indivíduos com TEA submetidos a intervenções nutricionais, não há evidências científicas suficientes para apoiar seu uso.
Herrera-Mejia et al, 2022; Nutrição hospitalar	Revisão sistemática	707 indivíduos com TEA; Tempo de 1 a 24 semanas	Intervenções com probióticos, prebióticos e dietas LGLC no TGI em crianças e adolescentes com TEA .	Analisou-se que a prevalência de TGI entre os pacientes com TEA foi alta. Em mais de 20% dos pacientes tratados com dieta LGLC ou suplementos diminuíram a gravidade dos TGI (principalmente estresse, diarréia e dor abdominal). Foram relatados aumentos nos teores de bactérias superiores e uma diminuição da proporção de bactérias patógenas após o uso de suplementos.	Embora tenha encontrado reduções na frequência e severidade de alguns TGI, a eficácia desses tratamentos ainda não foi comprovada. Dadas as diferenças metodológicas das investigações, se justifica o desenho de estudos rigorosos para avaliar os efeitos terapêuticos destes tratamentos sobre a saúde gastrointestinal em pacientes com TEA.
Díaz e Leonario-Rodríguez, 2023; Nutricao Hospitalar	Revisão sistemática	Dieta de exclusão sem glúten e caseína, dieta cetogênica, suplementação de: gorduras poli-insaturadas, probióticos/ prebióticos, vitaminas e minerais.	16 estudos, com no mínimo 4 semanas de intervenção	Dietas sem glúten e a caseína, os resultados encontrados mostram melhorias não significativas. Dieta cetogênica, o tamanho amostral considerado não permitiria conclusões. A suplementação de ômega-3 poderá favorecer a neurogénese e das sinapses, traduzindo-se em melhorias atitudinais Influência positiva do uso de probióticos e prebióticos a nível de neurotransmissores na população autista , portanto, sua avaliação constante é necessária..	Os cinco tipos de intervenções dietéticas incluídos nesta revisão apresentam evidências comprovadas que não permitem definir o grau de eficácia entre uma ou outra em termos de melhorias comportamentais na terapia com TEA.
Boone et al., 2017; Early Hum Dev	Ensaio randomizado, duplo-cego, controlado por placebo.	Suplementação dietética combinada de ácido docosahexaenóico (DHA), ácido eicosapentaenóico (EPA) e ácido gama-linolênico (GLA)	31 crianças de 18 a 38 meses que nasceram com ≤ 29 semanas de gestação. Tempo 90 dias	Em comparação com bebês nascidos a termo, as crianças nascidas prematuras demonstraram desempenho consistentemente pior no processamento sensorial auditivo, visual, tátil, vestibular e oral e demonstraram padrões atípicos de baixo registro, busca de sensações, sensibilidade sensorial e perfis sensoriais que evitam sensações.	Maiores melhorias no processamento sensorial para crianças nascidas prematuras que apresentavam sintomatologia precoce de TEA e que foram randomizadas para suplementação com uma combinação de ácidos graxos ômega-3 e -6, incluindo GLA, são plausíveis. No entanto, devido à natureza exploratória desse resultado e ao pequeno tamanho da amostra, essa intervenção requer investigação em amostras maiores de crianças prematuras para fornecer as evidências necessárias de eficácia antes de ser recomendada.

Autor, Ano e Periódico	Tipo de Estudo	Número de avaliados e Tempo	Exposição	Desfecho	Resultados Principais
Trudeal et al., 2019; Journal Nutrients	Revisão Narrativa	210 crianças de 4 a 17 anos com TEA participantes	Suplementos com multivitaminas, vitamina D, ômega- 3, probióticos e magnésio e dieta sem glúten , sem lactose e cetogênica	Crianças com TEA são deficientes em cálcio, vitamina D, vitamina K, vitamina A, vitamina E, zinco, vitamina B6 e tetrahidrobiopterina., podendo ser o resultado de seletividade alimentar ou absorção gastrointestinal alterada. A pesquisa avaliando dietas sem glúten, sem caseína, sem lactose mostra-se inconclusiva.	O uso de suplementos continua a ser uma forma predominante usada no TEA. Embora uma variedade de suplementos e intervenções dietéticas sejam utilizadas, o consenso científico permanece de que atualmente há poucas evidências para apoiar o uso de qualquer suplemento nutricional ou terapia dietética para crianças com TEA.
Liu et al., 2017 ; BMC Microbiologia	Estudo piloto de intervenção simples-cego e não randomizado	64 crianças de 1 a 8 anos com TEA : Tempo de intervenção 6 meses	Vitamina A	A proporção de *Bacteroidetes/Bacteroidales* aumentou significativamente e a proporção de *Bifidobacterium* diminuiu significativamente após a intervenção com Vitamina A.	*Bacteroidetes/Bacteroidales* foram os principais táxons relacionados com VA. Além disso, o VA desempenhou um papel nas mudanças nos biomarcadores do autismo. Ainda não está claro se a concentração de VA está associada a sintomas de autismo.
Boone et al., 2020; Pediatrics	Estudo Randomizado	377 crianças; 180 dias	Suplementação combinada de ácido docosahexaenóico (DHA) e ácido araquidônico (AA)	As diferenças entre os grupos DHA + AA e placebo foram de pequena magnitude e não foram estatisticamente significativas. As crianças designadas aleatoriamente para DHA + AA tiveram um risco reduzido de pontuação em risco para TEA.	Embora nenhuma evidência de benefício da suplementação de DHA + AA em resultados relatados pelo cuidador foi observada, a suplementação resultou em diminuição do risco de preocupação clínica para TEA.
Sivamurathi et al., 2020; Res Saúde Pública	Revisão Narrativa		Suplementação diética, probióticos, ômega-3	Um baixo nível de ω-3, razão alterada de ω-3 e ω-6 foram detectados em crianças com TEA em comparação com crianças normais. Estudos clínicos baseados no impacto da suplementação de ω-3 no estado de saúde de crianças com TEA não mostraram efeito benéfico promissor e foram considerados controversos.	A suplementação de probióticos corrigiu os sintomas associados ao TEA, mas os resultados são inconclusivos.O estudo sugere que os probióticos e as intervenções dietéticas podem ser usados como um potente agente terapêutico adjuvante para o TEA. No entanto, faltam evidências de pesquisa suficientes.
Veselinović et al., 2021; Medicina (Kaunas).	Revisão Narrativa		Suplementação com ácidos graxos poliinsaturados (PUFA) ômega-3.	Os efeitos do ômega-3 PUFA mostraram melhora limitada dos sintomas do autismo, especialmente no comportamento estereotipado e comportamento social, que inclui consciência social, motivação social e função de comunicação, bem como desenvolvimento da linguagem, hiperatividade, comportamento repetitivo e habilidades motoras e concentração em vários estudos.	Para chegar a uma conclusão final sobre o efeito do PUFA ômega-3 no TEA, são necessários estudos de alta qualidade em um grupo maior de crianças com TEA e usando PUFA ômega-3 como única suplementação.
Sheppard et al., 2017; J Autismo Dev Disord.	Ensaio clínico randomizado piloto único local, duplo-cego	Suplementação de ácidos graxos ômega-3 e -6	31 crianças prematuras com risco para TEA, 18-38 meses de idade, nascidas com ≤ 29 semanas de gestação.	O presente estudo demonstrou que a suplementação com ácidos graxos ômega-3 e -6 aumentou o uso de gestos representacionais em crianças de 18 a 36 meses de idade que nasceram prematuras e tiveram alto risco de TEA. O uso de palavras não foi alterado pela suplementação.	A suplementação de ácidos graxos ômega-3 e -6 é eficaz para melhorar as funções cognitivas em crianças nascidas prematuramente.

Autor, Ano e Periódico	Tipo de Estudo	Número de avaliados e Tempo	Exposição	Desfecho	Resultados Principais
Kein et al., 2018; The Journal of Nutrition	Estudo randomizado, totalmente cego, controlado por placebo	Ômega-3-6-9	31 crianças nascidas com ≤29 semanas de gestação (18–38 meses de idade) com sintomas de transtorno do espectro do autismo; Tempo 3 meses	Redução nos sintomas de TEA pela escala BITSEA para o grupo de tratamento. Nenhuma outra escala refletiu uma magnitude ou efeito significativo.	A suplementação de LC-PUFA é considerada de risco muito baixo e, de fato, é popular apesar da falta de evidência de eficácia. Ensaios testando a eficácia da suplementação de LC-PUFA, que incluem DHA, EPA e GLA, são necessários para expandir as descobertas e fornecer evidências há muito esperadas para jovens com TEA. Devido à evidência de que o DHA é eficaz na promoção do desenvolvimento cognitivo entre bebês nascidos prematuros, a população prematura pode ser beneficiada.
Adams et al., 2018; Journal Nutrients	Estudo de tratamento randomizado, controlado e simples-cego	67 crianças e adultos com transtorno do espectro do autismo (TEA) com idades entre 3 e 58 anos do Arizona . Tempo de intervenção de 12 meses	Suplemento vitamínico/mineral especial e tratamentos adicionais foram adicionados sequencialmente, incluindo ácidos graxos essenciais e uma dieta saudável sem glúten, sem caseína e sem soja (HGCSF).	Os suplementos nutricionais e a dieta saudável melhoraram o estado nutricional e, portanto, presumivelmente aumentaram a capacidade do cérebro de funcionar e aprender. Isso é apoiado pelo aumento do QI não-verbal e pelo aumento substancial de 18 meses na capacidade de desenvolvimento em comunicação, habilidades da vida diária e habilidades sociais.	O suplemento vitamínico/mineral e os ácidos graxos essenciais pareceram ter o maior benefício clínico. Assim, esta abordagem de tratamento abrangente é recomendada como uma terapia promissora para crianças e adultos com TEA, com ênfase no suplemento vitamínico/mineral e ácidos graxos essenciais como provavelmente os mais úteis.
Jennings e Basiri, 2022; Nutrients	Revisão Narrativa	132 artigos publicados entre 2010 e 2022	Relação entre AAs, colina, vitaminas do complexo B e incidência de TEA	A colina e as vitaminas do complexo B desempenham papéis importantes na melhoria do metabolismo e na manutenção dos níveis plasmáticos e urinários homeostáticos de aminoácidos; assim, a suplementação com esses nutrientes leva a melhorias observadas nos sintomas de TEA.	A pesquisa sugere que aminoácidos, vitaminas do complexo B e colina podem reduzir a incidência de TEA e melhorar os sintomas relacionados. Os resultados mostraram que o aumento da ingestão de colina na dieta pode melhorar comportamentos ansiosos, habilidades de linguagem receptiva, comportamento social, processamento sensorial. Em combinação e em níveis apropriados, o consumo de vitaminas B listadas também pode reduzir o risco de desenvolver TEA e melhorar o comprometimento neurocomportamental.

Fonte: Elaboração própria.

4. DISCUSSÃO

Monteiro (2020) observou que pessoas com TEA possuíam várias alterações biológicas, como a maior circulação de citocinas inflamatórias, modificações e inflamações intestinais inespecíficas, além de elevadas concentrações de aminoácidos e peptídeos de origem alimentar no sangue, no fluído cerebrospinal e na urina. Essas descobertas levaram à formulação de uma teoria que conecta o autismo a dificuldades na metabolização de substâncias da alimentação.

Além disso, devido ao comportamento alimentar seletivo característico dos indivíduos com autismo e à recusa de alguns alimentos, a ingestão de vitaminas, minerais e ácidos graxos essenciais pode ser inadequada. Isso demanda intervenções com suplementação, visando melhorar não apenas o estado nutricional, mas também as alterações comportamentais causadas pela falta desses nutrientes.

É amplamente reconhecido que existe uma ligação direta entre o intestino e o cérebro. Portanto, parte dos indivíduos afetados pelo Transtorno do Espectro Autista apresenta sintomas gastrointestinais. Além dos sintomas neurológicos, esses indivíduos também podem ter problemas intestinais. Isso levou à sugestão de uma nova variante de doença inflamatória intestinal, chamada enterocolite autista. Estudos têm demonstrado que a suplementação de probióticos pode ser eficaz, visando melhorar a microbiota intestinal, o que por sua vez contribui para melhorias neurológicas, devido à relação entre a microbiota intestinal, o intestino e o cérebro (Sivamaruthi *et al.*, 2020).

Pesquisas indicam que o TEA pode surgir devido à digestão inadequada de alimentos contendo glúten e caseína. Quando em excesso no trato gastrointestinal, essas substâncias podem entrar na corrente sanguínea devido a problemas na permeabilidade da membrana intestinal e, por meio da circulação sanguínea, atingir o sistema nervoso central (SNC). Elas se ligam a neuropeptídeos opióides, gerando uma atividade excessiva e perturbando diversos sistemas neurais, levando a sintomas. Alguns estudos confirmam maior permeabilidade intestinal em crianças com TEA em comparação com aquelas sem o transtorno, mas também mostraram que crianças com TEA em dieta isenta de glúten e caseína apresentam menor permeabilidade intestinal. No entanto, mais pesquisas são necessárias para esclarecer essa questão (Dias *et al.*, 2018).

A investigação sobre dietas especiais, como a isenta de glúten, caseína ou lactose, apresenta resultados contraditórios. Existem poucos estudos que oferecem resultados conclusivos sobre as dietas isentas de glúten e caseína (ou lactose) mencionadas nesta pesquisa. Muitos desses estudos são de pequena escala e carecem de rigorosos controles dietéticos, problemas comuns em pesquisas dietéticas envolvendo crianças, o que limita a capacidade dos pesquisadores de tirar conclusões sólidas (Trudeal *et al.*, 2019).

Uma das abordagens mais eficazes para tratamento e cuidado consiste na utilização de fórmulas prebióticas ou probióticas. As fórmulas prebióticas são compostas por fibras não digeríveis altamente fermentáveis pelas bactérias intestinais, gerando ácidos graxos de cadeia curta (SCFA) por meio do metabolismo. Esses SCFA compartilham propriedades com neuropeptídeos. Os probióticos, por outro lado, consistem em microrganismos vivos que,

quando consumidos, proporcionam benefícios à saúde do hospedeiro, dependendo das cepas estabelecidas no trato gastrointestinal do indivíduo. Essas fórmulas podem atuar sinergicamente, aumentando a quantidade de bactérias e fornecendo os substratos necessários para seu metabolismo, sobrevivência e produção de SCFA (Díaz; Rodríguez, 2023).

Terapias que envolvem a reposição da microbiota intestinal por meio de suplementos probióticos/prebióticos e dietas restritivas têm sido consideradas estratégias úteis na redução de problemas gastrointestinais em pacientes com TEA. No entanto, os efeitos de intervenções com dietas de baixa carga glicêmica e baixo carboidrato (LGLC) não foram avaliados. O uso de suplementos probióticos e prebióticos também tem gerado resultados contraditórios na regulação da microbiota dos pacientes, e seus benefícios terapêuticos ainda não foram comprovados (Herrera-Mejia *et al.*, 2022).

A composição predominante das bactérias intestinais em seres humanos é composta por Firmicutes e Bacteroidetes, que representam mais de 90% das espécies bacterianas presentes no intestino. Em pacientes com TEA, proporções baixas de Bacteroidetes/Firmicutes indicam uma microbiota comensal de baixa abundância, o que está associado a um maior risco de infecções bacterianas oportunistas que causam doenças. Níveis elevados das bactérias dos gêneros Clostridium e Desulfovibrio em pacientes com TEA têm sido ligados a danos intestinais graves, devido à liberação de toxinas pró-inflamatórias e à produção aumentada de sulfeto de hidrogênio (S2H) no intestino, respectivamente. Esses fatores são capazes de alterar respostas neurológicas. Embora os efeitos dos desequilíbrios na composição da microbiota intestinal em crianças com TEA não sejam totalmente compreendidos, acredita-se que eles sejam contribuintes significativos tanto para os sintomas gastrointestinais quanto para os sintomas autistas nesses pacientes (Herrera-Mejia *et al.*, 2022).

Em crianças com TEA, existe a hipótese de que o metabolismo dos ácidos graxos poli-insaturados (PUFAs) seja deficiente ou anormal, o que leva ao aumento da produção de citocinas pró-inflamatórias, estresse oxidativo e desequilíbrios na formação e função dos neurotransmissores. Além disso, a deficiência de ácidos graxos ômega-3 na dieta pode afetar a microbiota intestinal e contribuir para a comunicação entre o intestino e o cérebro envolvidos no TEA (Veselinović *et al.*, 2021).

Crianças nascidas prematuramente têm maior risco de desenvolver Transtorno do Espectro Autista (TEA). A combinação de ácidos graxos ômega-3 (n–3) e ômega-6 (n–6), incluindo o ácido gama-linolênico (GLA), pode ser benéfica para crianças nascidas prematuramente que apresentam sinais precoces de TEA. Estudos anteriores relataram que o ácido docosahexaenóico (DHA) promove o desenvolvimento cognitivo em recém-nascidos

prematuros, enquanto os ácidos graxos n-3 combinados com GLA melhoram o transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (Kein *et al.*, 2018).

A suplementação com ácidos graxos ômega-3 de cadeia longa, como o ácido eicosapentaenóico (EPA) e o ácido docosahexaenóico (DHA), pode ser uma intervenção eficaz. Os ácidos graxos ômega-3, especialmente o DHA, desempenham papéis fundamentais na estrutura e no desenvolvimento do cérebro. O DHA é um ácido graxo estrutural importante no cérebro em desenvolvimento, e sua acumulação é rápida até aproximadamente 2 anos de idade. Em conjunto com o ácido gama-linolênico (GLA), um ácido graxo ômega-6, esses ácidos graxos possuem propriedades anti-inflamatórias. O DHA desempenha um papel essencial na função dos neurotransmissores, na sinaptogênese, na expressão gênica, na fluidez das membranas, na neurogênese, na neuroplasticidade e nas respostas anti-inflamatórias. Crianças nascidas prematuramente perdem a rápida aquisição de DHA e outros ácidos graxos que normalmente ocorre no terceiro trimestre de gravidez. Portanto, a suplementação com ácidos graxos ômega-3 na infância pode ajudar a prevenir os déficits no desenvolvimento neurológico frequentemente observados em crianças nascidas prematuramente (Boone *et al.*, 2020).

Adams e colegas conduziram um estudo controlado por placebo e duplo-cego para examinar os efeitos de um suplemento vitamínico comercial comum nas melhorias observadas nos sintomas de autismo, avaliados pelos pais. Eles encontraram melhorias significativas na hiperatividade, explosões de raiva, linguagem geral e receptiva, sugerindo que este suplemento pode ser uma terapia complementar viável para crianças com TEA. No entanto, nenhum outro estudo avaliou ou conseguiu replicar a eficácia ou segurança dessa terapia biológica.

A colina e as vitaminas do complexo B desempenham papéis cruciais na melhoria do metabolismo e na manutenção dos níveis de aminoácidos essenciais no plasma e na urina. Portanto, a suplementação com esses nutrientes resulta em melhorias observadas nos sintomas de TEA. Mais especificamente, as vitaminas B6, B12 e a colina podem colaborar para melhorar a homeostase de aminoácidos essenciais, como triptofano, tirosina e fenilalanina. Pesquisas sugerem que níveis elevados de triptofano e fenilalanina podem afetar negativamente os sintomas de TEA. Níveis elevados de fenilalanina podem surgir devido à conversão inadequada de triptofano em tirosina. Isso pode resultar em maior hiperatividade e dificuldade de concentração devido à disponibilidade insuficiente de tirosina, que desempenha um papel importante na produção de dopamina (Jennings; Basiri, 2022).

Uma suplementação nutricional adequada pode melhorar a qualidade de vida dos pacientes com TEA, reduzindo as manifestações dos sintomas e tratando deficiências nutricionais. No entanto, é importante ressaltar que essas intervenções não são suficientes para

tratar o TEA de forma definitiva. No entanto, elas podem desempenhar um papel ativo no tratamento, melhorando o estado nutricional e metabólico desses pacientes. Portanto, uma avaliação minuciosa das crianças com TEA é fundamental para implementar intervenções nutricionais oportunas e intensivas, a fim de evitar a exacerbação dos sintomas.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

É importante ressaltar que a suplementação nutricional deve ser sempre baseada em evidências científicas sólidas e prescrita por um profissional de saúde qualificado. O tratamento do TEA deve ser abordado de forma holística, incluindo intervenções terapêutica comportamentais e educacionais, abrangendo multiprofissionais como fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, psicólogo, além de apoio médico e nutricional, para atender às necessidades específicas de cada criança com TEA.

Torna-se necessário o desenvolvimento de estudos melhor delineados, especialmente os ensaios clínicos, randomizados e controlados, com adequado cálculo amostral e com melhor controle sobre os aspectos dietéticos que possam contribuir para a compreensão dos aspectos nutricionais na população com TEA, a fim de reunir evidências clínicas que possam embasar condutas profissionais, visando à melhoria da qualidade da assistência prestada a esta população.

REFERÊNCIAS

ADAMS, J.B.; HOLLOWAY, C. Pilot study of a moderate dose multivitamin mineral supplement for children with autistic spectrum disorder. **J Altern Complement Med**., v.10, p.1033-39, 2004.

ADAMS, J. *et al.* Comprehensive Nutritional and Dietary Intervention for Autism Spectrum Disorder-A Randomized, Controlled 12-Month Trial. **Nutrients**, v.10, n.3, 2018.

APA. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. Washington (DC): American Psychiatric Association, 2013.

BOONE, K.M. *et al.* Fatty Acid Supplementation and Socioemotional Outcomes: Secondary Analysis of a Randomized Trial. **Pediatria**, v.146, n.4, p.e20200284, 2020.

BOONE, K. M. *et al.* Omega-3 and -6 fatty acid supplementation and sensory processing in toddlers with ASD symptomology born preterm: A randomized controlled trial. **Earl Hum Develop.**, v.115, p.64-70, 2017.

DIAS, E. C. Dieta isenta de glúten e caseína no transtorno do espectro do autismo: uma revisão sistemática. **Rev CuidArte**, v. 9, n.1, p.1-16, 2018.

DIAZ, D.; LEONARIO-RODRIGUEZ, M. Effectiveness of nutritional interventions on behavioral symptomatology of autism spectrum disorder: a systematic review. **Nutr. Hosp.**, v.39, n.6, p.1378-88, 2022.

FEUCHT S, Beth O, Lucas B. Nutrition concerns of children with autism spectrum disorders. **Nutr Focus**, v.25, p.1-13, 2010.

HERRERA-MEJIA, J. *et al.* Alimentación funcional para corregir desórdenes gastrointestinales asociados a trastornos del espectro autista: una revisión sistemática. **Nutr. Hosp.**, v. 39, n. 3, p. 663-7, 2022.

JENNINGS, L.; BASIRI, R. Amino Acids, B Vitamins, and Choline May Independently and Collaboratively Influence the Incidence and Core Symptoms of Autism Spectrum Disorder. Nutrients, v.14, n.14, p.2896, 2022.

LIU, X. *et al.* Correlation between Nutrition and Symptoms: Nutritional Survey of Children with Autism Spectrum Disorder in Chongqing, China. **Nutrients**, v. 8, n. 5, p. 294, 2016.

LIU, J. *et al.* Effect of vitamin A supplementation on gut microbiota in children with autism spectrum disorders - a pilot study. **BMC Microbiol.**, v.**17**, n.204, 2017.

MASI, A. *et al.* An overview of autism spectrum disorder, heterogeneity and treatment options. **Neurosci bulletin**, v. 33, n. 2, p. 183-193, 2017.
MONTEIRO, M.A. *et al.* Transtorno do espectro autista: uma revisão sistemática sobre intervenções nutricionais. **Rev Paul Pediatr.**, v.38, n.1, p.1-7, 2020.

KEIM, S. A. *et al.* ω-3 and ω-6 Fatty Acid Supplementation May Reduce Autism Symptoms Based on Parent Report in Preterm Toddlers. **J Nutr.**, v.148, n.2, p.227-35, 2018.

SANDIN, S. *et al.* The Heritability of Autism Spectrum Disorder. **JAMA**, v.318, n.12, p.1182-84, 2017.

SHEPPARD, K. W. *et al.* Effect of Omega-3 and -6 Supplementation on Language in Preterm Toddlers Exhibiting Autism Spectrum Disorder Symptoms. **J Aut Develop Dis**, v.47, n.11, p.3358–69, 2017.

SIQUEIRA, C.C. *et al.* O cérebro autista: a biologia da mente e sua implicação no comprometimento social. **RevTransformar**, v. 8, n. 8, p. 221-37, 2016.

SIVAMARUTHI, B. *et al*. The role of microbiome, dietary supplements, and probiotics in autism spectrum disorder. **Int J Environ Res Public Health**, v. 17, n. 8, p. 2647, 2020.

TRUDEAU, M.S. *et al.* Dietary and supplement-based complementary and alternative medicine use in pediatric autism spectrum disorder. **Nutrients**, v.11, n.8, p.1783, 2019.

VESELINOVIC, A. *et al.* Neuroinflammation in Autism and Supplementation Based on Omega-3 Polyunsaturated Fatty Acids: A Narrative Review. **Medicina**, v.57, n.9, p.893, 2021.

WHITMAN, T.L. **O desenvolvimento do autismo.** 1a ed. M. Books Editora, 2019.

CAPÍTULO 25

A EDUCAÇÃO EM SAÚDE COMO INCENTIVO PARA DOAÇÃO DE LEITE MATERNO

DOI: 10.51859/amplla.gsi925.1125-25

Andréa de Sousa Quintela
Ana Paula Cavalcante Ramalho Brilhante
Virna Ribeiro Feitosa Cestari
Anísia Ferreira de Lima
Fernando Nogueira Cavalcante
Antônio Rodrigues Ferreira Junior

1. INTRODUÇÃO

A doação de leite materno é definida como uma ação realizada por mães lactantes saudáveis que possuem excesso de produção láctea além das necessidades normais da criança e que se dispõem a doar voluntariamente. O primeiro Banco de Leite Humano foi inaugurado em 1943 na cidade do Rio de Janeiro, Brasil, e hoje é considerado o centro de Referência Nacional de BLH do país (Pellegrine *et al*., 2014).

Em 1992, teve início no Brasil a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), como reforço às ações de promoção do aleitamento materno do Ministério da saúde. A IHAC é um esforço global para promover, proteger e apoiar o aleitamento materno com o objetivo de reduzir o desmame precoce e suas consequências na morbimortalidade infantil. Os profissionais de saúde e os funcionários do departamento de saúde são mobilizados para mudar rotinas e comportamentos conforme necessário para reduzir o desmame precoce (Calafate, 2014).

A Rede Brasileira de bancos de Leite Humano (rBLH) é uma iniciativa governamental brasileira formalizada em 1988 pelo decreto nº 322 de 26 de maio de 1998, que visa promover e proteger o aleitamento materno e a doação de leite materno e dá suporte a alimentação dos bebês de baixo peso ao nascer. Parte integrante do Sistema Único de Saúde, é reconhecido pela organização Mundial da saúde (OMS) como o maior e mais complexo sistema do mundo (Pittas *et al*., 2015).

O Banco de Leite Humano (BLH) é um Serviço Especializado, que se responsabiliza em promover apoio ao aleitamento materno, protegendo a saúde dos recém-nascidos, executando atividades de coleta da produção láctea, do seu processamento, controle de qualidade e

distribuição. As ações e serviços em saúde dos Bancos de Leite foram criadas para reforçar as políticas públicas que estimulam o AM, fazendo parte da rede materno-infantil (Rede Cegonha) (Branco *et al*., 2015).

O leite materno (LM) é considerado o melhor e principal alimento para os lactentes devido a sua composição nutricional ser completa, é através do aleitamento materno que os bebês têm a primeira interação com o alimento, logo após o parto. Através do aleitamento materno (AM) é possível proteger o recém-nascido de diversas enfermidades que podem ocorrer nessa fase, como infecções neonatais, diarreia, chegando até doenças respiratórias agudas e por causa dos benefícios do leite materno, a Organização Mundial de Saúde (OMS) aconselha a amamentação por dois anos, sendo exclusiva durante os primeiros seis meses de vida, diminuindo assim a taxa de mortalidade dessa faixa etária (Nunes, 2015).

Diante do exposto, o desenvolvimento da rBLH-BR visa a compatibilização de elevado rigor técnico com baixo custo operacional, de forma a responder com qualidade às demandas do setor saúde, racionalizando os gastos públicos. Por esse motivo, o objetivo do presente estudo é identificar as evidências científicas sobre a importância da educação em saúde para o incentivo a doação do leite materno aos bancos de leite humano.

2. MÉTODO

Estudo de revisão integrativa da literatura, que permite a identificação e a síntese de várias publicações, e possibilita por meio da identificação de lacunas no conhecimento, a análise mais específica de determinado fenômeno e o rápido acesso aos resultados de pesquisas para auxiliar, mediante o saber crítico, na tomada de decisão no cenário do cuidado (Prado *et al*., 2020).

O percurso metodológico desta revisão integrativa foi alicerçado nas seguintes etapas: 1) identificação da questão norteadora, estabelecimento dos critérios de inclusão e exclusão dos artigos, busca nas bases de dados para identificação dos estudos; 2) categorização dos estudos e extração dos dados; 3) avaliação dos estudos incluídos na revisão; 4) discussão e interpretação dos resultados; 5) síntese das informações (Sales *et al*., 2020).

Utilizou-se a estratégia PICo para formulação da pergunta, sendo "P" (Population/Patient/Problem), "I" o fenômeno de interesse (Interest) e "Co" o contexto (Context). Ajustando-se o objeto de estudo à estratégia P: puérperas; I: educação em saúde sobre doação de leite materno Co: bancos de leite, tem-se como questão norteadora: Quais as evidências científicas acerca da educação em saúde sobre a importância da doação de leite materno de puérperas para os bancos de leite humano?

O levantamento bibliográfico foi realizado por meio de consultas nas bases de dados LILACS via BVS, SCIENCE DIRECT, MEDLINE via Pubmed, COCHRANE. Foram usadas na pesquisa os descritores do DeCS/MeSH/: “Bancos de Leite Humano”; “banco de leite”; “educação em saúde”; "Human Milk Banks" OR "milk bank" AND "health education" com os conectores AND e OR, para dar mais ênfase a pesquisa. As equações de busca estão descritas no Quadro 1.

Quadro 1 - Equações de busca.

Base de dados	Equação	Nº de estudos
LILACS via BVS	("Bancos de Leite Humano") OR ("banco de leite") AND ("educação em saúde")	11
MEDLINE via PubMED	"Human Milk Banks" OR "milk bank" AND "health education"	105
COCHRANE	"Human Milk Banks" OR "milk bank" AND "health education"	77
Science Direct	"Human Milk Banks" OR "milk bank" AND "health education"	110

Fonte: Elaboração própria.

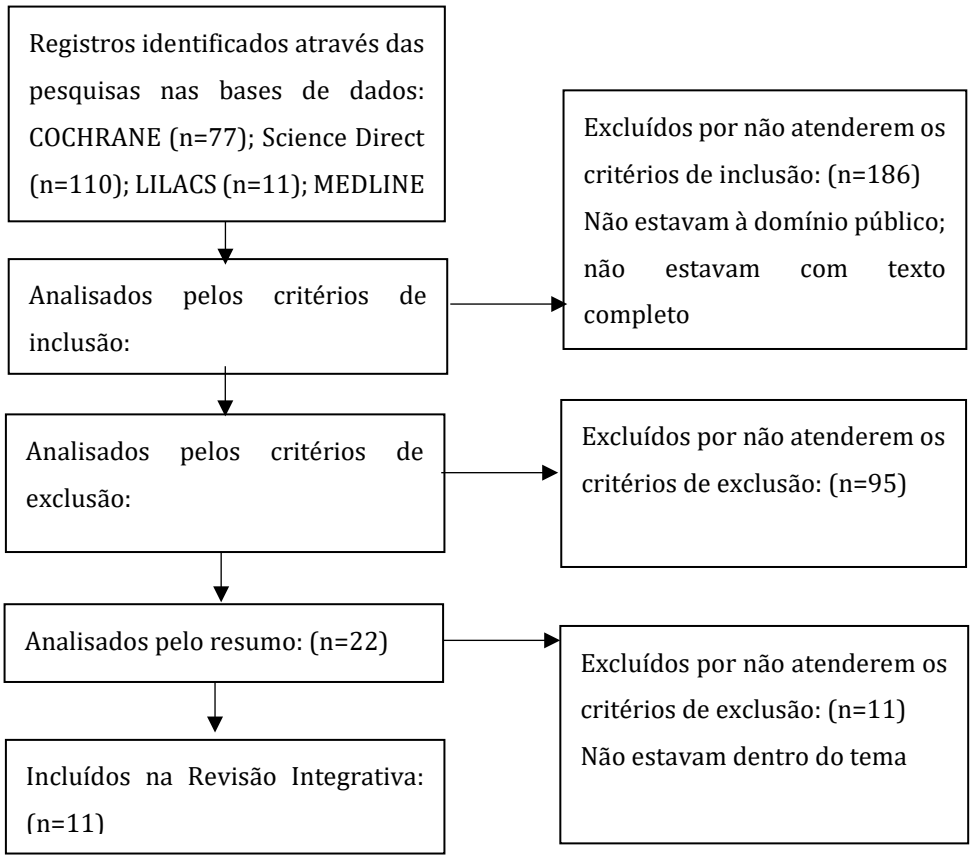
Os critérios de inclusão foram: artigos atemporais, no idioma português e inglês e que estivessem disponíveis e completos. Como critérios de exclusão foram adotados: a) estudos em formatos de editoriais; b) estudos em formato de cartas ao editor, c) artigos de revisões integrativas ou revisões de literatura simples, monografias, dissertações, teses e artigos que não estivessem na temática.

Após a inclusão dos artigos selecionados, com o intuito em dar continuidade as etapas da Revisão Integrativa, foi realizada uma extração dos principais dados dos artigos incluídos, avaliação dos principais resultados de cada artigo e posteriormente feito uma síntese descritiva.

3. RESULTADOS

A pesquisa nas bases de dados obteve os seguintes resultados: foram encontrados 303 estudos iniciais. Aplicando os critérios de inclusão, 186 foram excluídos, pois não estavam com o texto completo e não estavam disponíveis para leitura. Restaram assim, 117 estudos em que foram lidos inicialmente os títulos. Foram lidos 117 títulos, excluindo 95 artigos não estavam dentro da temática escolhida, restando 22 artigos para leitura do resumo. Posteriormente à leitura do resumo, foram excluídos 11 artigos, pois o mesmo não apresentava o tema proposto, restando assim 11 artigos que foram incluídos na revisão Integrativa. O processo de escolha de artigos está descrito na (Figura 1).

Figura 1 - Fluxograma de seleção dos artigos.

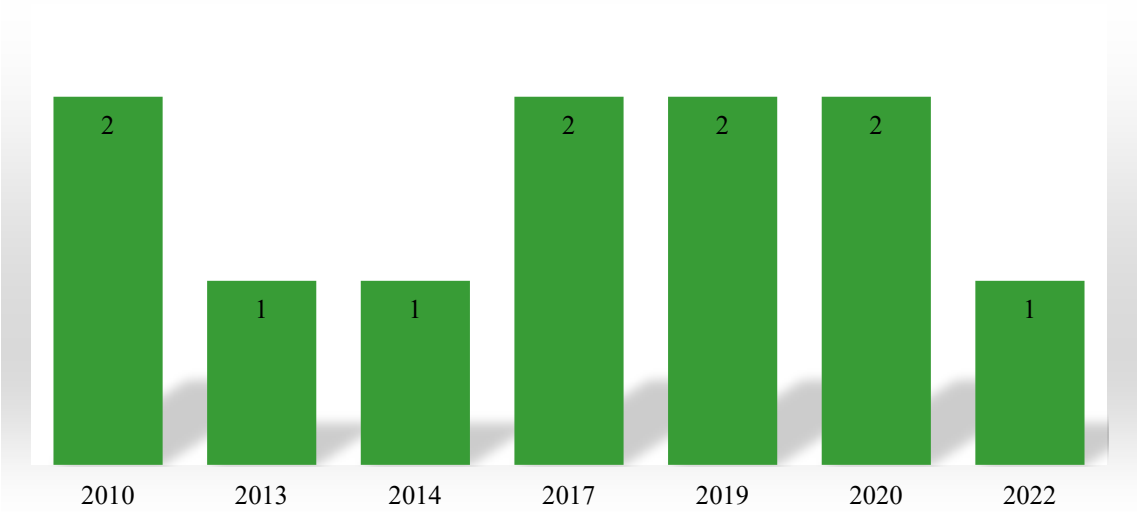


Fonte: Elaboração própria.

Dando continuidade com as etapas da Revisão Integrativa as informações dos artigos incluídos foram organizadas por meio de um quadro sinóptico (Quadro 2) com a descrição dos seguintes aspectos: autor, ano de publicação, título, método do estudo e objetivo.

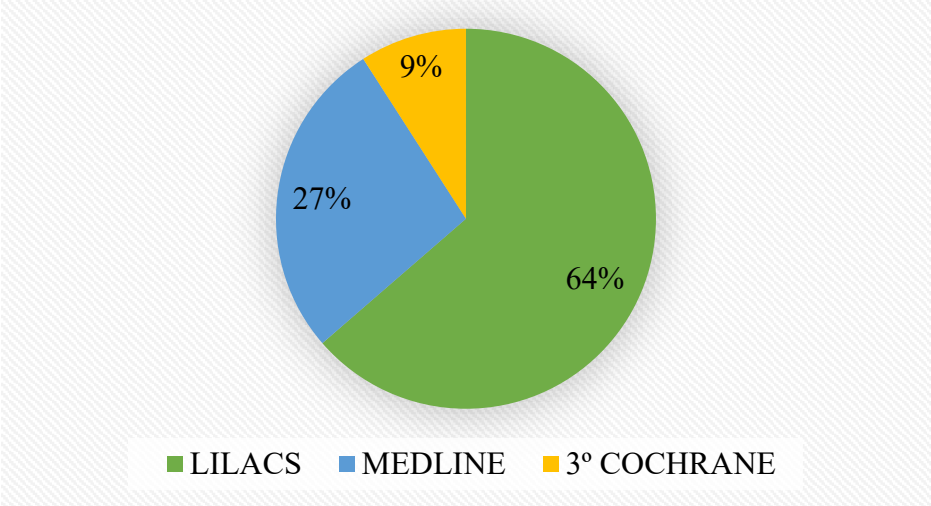
Verificou-se que, do total de artigos (2) foram publicados em 2010, (1) foi publicado em 2013, (1) foi publicado em 2014, (2) foram publicados em 2017, (2) foram publicados em 2019, (2) foram publicados em 2020 e (1) foi publicado em 2022 (Figura 2). Em relação as bases de dados, resultou-se dessa forma: (3) se encontravam na base de dados MEDLINE via Pubmed; (7) Lilacs via BVS; (1) Cochrane (Figura 3).

Figura 2 - Distribuição dos artigos de acordo com o ano de publicação.



Fonte: Elaboração própria.

Figura 3 - Distribuição dos artigos de acordo com as bases de dados.



Fonte: Elaboração própria.

Quadro 2- Quadro sinóptico dos artigos elegíveis, principais características

Artigo	Autoria	Título	Método do estudo	Objetivo
1	KAECH *et al.*, 2022	Factors That Influence the Sustainability of Human Milk Donation to Milk Banks: A Systematic Review.	Revisão Sistemática	Esta revisão teve como objetivo identificar os fatores que impactam a sustentabilidade da doação de leite humano para bancos de leite.
2	MAGOWAN *et al.*, 2020	Exploring the barriers and facilitators to the acceptability of donor human milk in eastern Uganda–a qualitative study.	Estudo qualitativo	Identificar as barreiras e facilitadores para a aceitabilidade do leite humano doado no leste de Uganda.

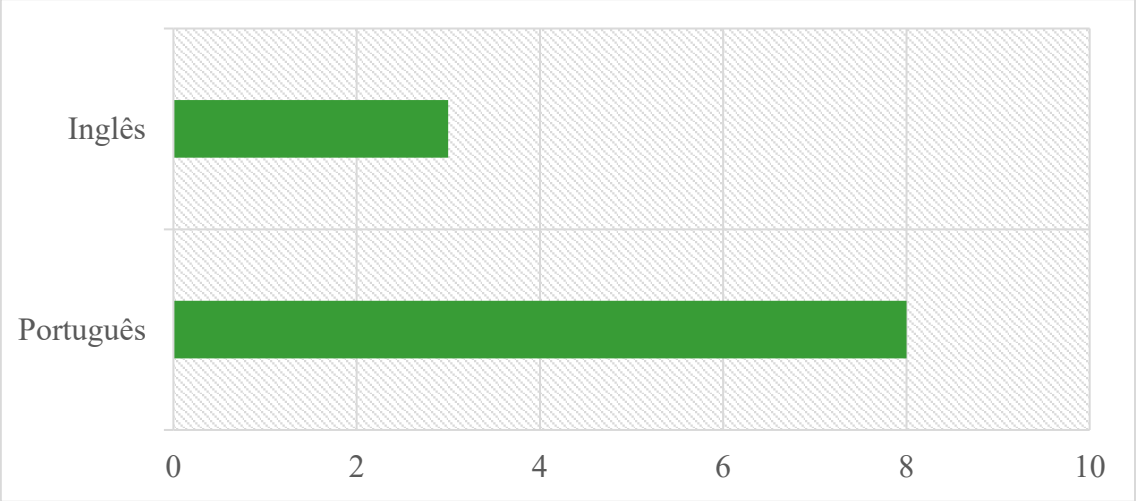
Artigo	Autoria	Título	Método do estudo	Objetivo
3	SILVA *et al*., 2020	Desejo de doar leite: relação com características maternas.	Estudo transversal e analítico quantitativo	Relacionar o desejo de doar leite materno aos aspectos socio-demográficos, clínicos e obstétricos.
4	MULLER *et al*., 2019	Conhecimento e adesão à doação de leite humano de parturientes de um hospital público.	Estudo descritivo quantitativo	Identificar o conhecimento e a prática de parturientes sobre a doação de leite humano, foram entrevistadas 30 parturientes, antes e após 15 dias do parto.
5	PAL *et al*., 2019	Attitudes towards donor breast milk in an inner city population.	Estudo quantitativo e qualitativo	Identificar as atitudes em relação ao leite materno doado em nossa população e identificar as barreiras à sua aceitação.
6	SILVA *et al*., 2017	Práticas educativas segundo os "Dez passos para o sucesso do aleitamento materno" em um Banco de Leite Humano.	Estudo retrospectivo	Objetivo avaliar práticas educativas segundo os “Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno” em um Banco de Leite Humano.
7	MOCELLIN PITTAS; FRANZOI DRI, 2017	O diálogo entre saúde e política externa na cooperação brasileira em bancos de leite humano.	Estudo prognóstico	O objetivo central desta análise é compreender o que motiva o Brasil a promover os bancos de leite internacionalmente.
8	PELLEGRINE *et al*., 2014	Popular Education in Health: human milk donation in a community in Rio de Janeiro, Brazil.	Relato de caso	Tem como objetivo principal descrever a experiência de promoção do aleitamento materno com nutrizes, visando a doação de leite materno em uma Unidade Básica de Saúde localizada no Rio de Janeiro, Brasil.
9	SILVA ALVES; FERREIRA; ANDRADE, 2013	A consulta de enfermagem na visita domiciliar do banco de leite humano do Hospital Universitário Antônio Pedro: um espaço de ações educativas.	Estudo de caso, descritivo, com abordagem qualitativa	Desenvolver um instrumento padrão com conteúdo técnico - científico com estratégia para a consulta de enfermagem no domicílio da mulher, caracterizar a consulta de enfermagem na visita domiciliar, estabelecendo sua articulação com as ações educativas desenvolvidas pela enfermeira do BLH/HUAP e analisar a prática da consulta de enfermagem desenvolvida na visita domiciliar.

Artigo	Autoria	Título	Método do estudo	Objetivo
10	ALENCAR; SEIDL, 2010	Doação de leite humano e apoio social: relatos de mulheres doadoras.	Estudo exploratório, descritivo, de corte transversal	O estudo objetivou caracterizar o comportamento de doação de leite humano e descrever o apoio social informal e institucional, segundo relatos de mulheres doadoras.
11	SILVEIRA; BARBOSA, 2010	Aleitamento materno no município de Anápolis: saberes e práticas na estratégia saúdem da família.	Estudo descritivo-analítico qualitativo	Identificar quais os conhecimentos e as práticas que os profissionais de saúde da Estratégia Saúde da Família de Anápolis detêm sobre o aleitamento materno e também quais as condições que facilitam ou dificultam as ações para a sua promoção.

Fonte: Elaboração própria.

Em relação aos idiomas dos artigos inseridos, (8) estavam na língua português e (3) em inglês (Figura 4).

Figura 4 - Distribuição dos artigos de acordo com o idioma.



Fonte: Elaboração própria.

4. DISCUSSÃO

O leite materno é considerado o melhor alimento para o recém-nascido com superioridade comprovada em estudos nacionais e internacionais. Menor incidência de infeções do trato respiratório, sepse tardia, enterocolite necrotizante e retinopatia da prematuridade estão associadas a altas doses de leite materno, o que também ameniza a morbimortalidade e aumenta a sobrevida de prematuros. Por sua vez, o aumento da taxa de natalidade no Brasil aumentou a demanda por leite materno, tornando-se necessário o desenvolvimento de empenhos voltados para estratégias de promoção de sua doação (Nunes, 2015; Santos; Silva *et al.*, 2020).

Um banco de leite materno consiste em uma unidade especializada vinculada à unidade de terapia intensiva que atende o recém-nascido e tem como principal objetivo incentivar a

doação de leite materno para alimentação de recém-nascidos de risco hospitalizados, incluindo mães que, por motivos diversos, não podem amamentar. Essas unidades são responsáveis pela pasteurização e distribuição do leite materno, a fim de atender às necessidades do público-alvo, bem como atender às recomendações da academia Estado-Unidense de Pediatria e da organização Mundial da saúde (OMS) quanto ao aleitamento materno como primeiro opção até seis meses de vida (Alencar; Seidil, 2010; Silveira; Barbosa, 2010).

Dentre as principais motivações para a doação de leite aos bancos de leite humano estão: a crença nos benefícios do aleitamento materno; altruísmo; ter leite em excesso e ter acesso às informações sobre o processo de doação e a existência de tais instituições (Silva *et al*., 2020). Consequentemente, é necessário que os sistemas de saúde nacionais e locais se esforcem para atrair mais doadores de leite, investindo assim na educação das mães durante a gravidez e além disso, quebrando as barreiras da doação de leite, é necessário realizar orientações adequadas para conscientizar essas mães e os profissionais de saúde sobre o assunto.

O aconselhamento, individual ou coletivo, é uma estratégia importante para aumentar as taxas de doação de Leite Humano. Quando realizados de forma coletiva, destacam-se a troca de experiências entre gestantes, a realização de atividades práticas com o objetivo de abordar temas como pega correta da mama, posição do bebê e manejo clínico. No entanto, é necessário apoio individual, principalmente entre mães adolescentes, mães analfabetas e que não residem na capital como aqui evidenciado, devido à dificuldade de aplicação das informações e acesso aos serviços de saúde (Silva *et al*., 2017; ALVES; FERREIRA; ANDRADE, 2013).

Além das orientações, também destaca o papel pele a pele nas primeiras horas de vida como contribuinte para o aumento da duração do aleitamento materno. Representa um meio importante de estabelecer um vínculo entre mãe e bebê, porém, pouco explorado por especialistas. Essa situação pode advir da desinformação sobre o direito de amamentar na sala de parto e do contato com a pele. O pré-natal é uma grande oportunidade para promover essa prática (Silva *et al*., 2017; Kaech *et al*., 2022).

Um ponto a ser discutido são os diálogos de políticas públicas sobre a temática de doação de leite materno. Um estudo realizado por Mocellin e colaboradores, identificou que claramente há uma lacuna para o diálogo entre a política externa e as metas de saúde. Ambas as áreas podem alcançar resultados satisfatórios por meio da ação intersetorial e multiprofissional sobre amamentação e doação de leite humano (Pittas; Dri, 2017).

Importante ressaltar que a educação em saúde tem um forte papel em levar conhecimento não somente para os profissionais de saúde, mas para o público-alvo. Segundo um estudo realizado por Muller e colaboradores, identificou-se que a maioria das entrevistadas

desconhecia a prática de doação de leite materno e a existência de bancos de leite materno, embora todas tivessem feito o controle pré-natal e algumas parturientes tivessem conhecimento de pelo menos parte do serviço desenvolvido pelos bancos de leite materno. A falta de informação durante a gravidez parece ser um dos principais motivos para o não desenvolvimento da doação de leite materno (Muller *et al*., 2019).

A falta de informação de forma correta, leva a sociedade a ter equívocos sobre determinado assunto. Um estudo feito por Pal e colaboradores, identificou que parece haver uma quantidade significante de desinformação na comunidade sobre a segurança do leite materno doado e seus benefícios em relação ao leite de fórmula. Isso pode refletir uma falta de conscientização sobre os benefícios do aleitamento materno em nossa população (Pal *et al*., 2019).

Portanto, embora os efeitos benéficos do leite materno parecem estar bem estabelecidos na comunidade científica, ainda há uma falta de conscientização em nossa comunidade e há grandes diferenças na compreensão e aceitação. A introdução do leite doado na unidade neonatal, como qualquer tratamento médico, requer uma educação completa dos pais sobre os riscos e benefícios do leite humano para o nenê prematuro, a fim de ganhar sua confiança e aprovação.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A implantação da educação em saúde torna-se um local de troca de experiências, emoções, afetos e socialização de saberes técnico-científicos e populares. Assim, a educação em saúde através das suas estratégias coletivas e ou individuais tem permitido, através dos artigos relatados, aproximar a gestante do serviço tornando-a protagonista do processo saúde-doença, ao mesmo tempo em que auxilia a orientá-la quanto à sua corresponsabilização.

Assim, as atividades de educação em saúde possibilitam o exercício do papel do profissional de saúde como educador em saúde por meio da educação participativa onde usuários, familiares e profissionais trabalham juntos para proteger, promover e restaurar a saúde, tornando-se assim de grande relevância para o incentivo à doação de leite materno.

REFERÊNCIAS

ALENCAR, L.C.E.; SEIDL, E.M.F. Doação de leite humano e apoio social: relatos de mulheres doadoras. **Rev Latino-Am Enferm.**, v. 18, p. 381-389, 2010.

ALVES, M.R.A.; FERREIRA, S.C.M.; ANDRADE, M. A consulta de enfermagem na visita domiciliar do banco de leite do Hospital Universitário Antônio Pedro: um espaço de ações educativas. **Onl Braz J Nurs.**, v. 12, p. 605-07, 2013.

BRANCO, M.B.L.R. *et al*. Promoção do aleitamento materno nos bancos de leite humano do estado do Rio de Janeiro. **Rev Enferm UFSM**, v. 5, n. 3, p. 434-443, 2015.

CALAFATE, J.M.S. **O "instinto materno" como uma construção de gênero:** discussões sobre o desejo de amamentar. 120 f. Dissertação (Mestrado em Desenvolvimento Regional) – Universidade Federal do Tocantis, Palmas, 2014.

FONSECA, R.M.S. *et al.* O papel do banco de leite humano na promoção da saúde materno infantil: uma revisão sistemática. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 26, p. 309-318, 2021.

KAECH, C. *et al.* Factors that influence the sustainability of human milk donation to milk banks: a systematic review. **Nutrients**, v. 14, n. 24, p. 5253, 2022.

MAGOWAN, S. *et al.* Exploring the barriers and facilitators to the acceptability of donor human milk in eastern Uganda–a qualitative study. **Int Breastfeed J**, v. 15, n. 1, p. 1-9, 2020.

MULLER, K.T.C. *et al.* Conhecimento e adesão à doação de leite humano de parturientes de um hospital público. **Interações**, v. 20, p. 315-326, 2019.

NUNES, L.M. Importância do aleitamento materno na atualidade. **Bol Cient Pediatr,** v.4, n.3, p.55-58, 2015.

PAL, A. *et al.* Attitudes towards donor breast milk in an inner city population. **Int J Pediatr.**, v. 2019, 2019.

PELLEGRINE, J.B. *et al.* Educação popular em saúde: doação de leite humano em comunidade do Rio de Janeiro, Brasil. **Int Comun Saúde Educ.**, v. 18, p. 1499-1506, 2014.

PITTAS, T.M. *et al.* **A projeção externa brasileira a partir do caso dos bancos de leite humano.** 84 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Relações Internacionais) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2015.

PITTAS, T.M.; DRI, C.F. O diálogo entre saúde e política externa na cooperação brasileira em bancos de leite humano. **Ciênc Saúde Coletiva**, v.22, n.7, 2p.2277-86, 2017.

PRADO, A.D. *et al.* A saúde mental dos profissionais de saúde frente à pandemia do COVID-19: uma revisão integrativa. **Rev Eletr Acervo Saúde**, n. 46, p. e4128-e4128, 2020.

SALES, E.M.P. *et al.* Fisioterapia, Funcionalidade e Covid-19: Revisão Integrativa: Physiotherapy, Functioning And Covid-19: Integrative Review. **Cadernos ESP**, v. 14, n. 1, p. 68-73, 2020.

SILVA, C.M. *et al.* Práticas educativas segundo os "Dez passos para o sucesso do aleitamento materno" em um Banco de Leite Humano. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 22, p. 1661-1671, 2017.

SILVA, R.K.S. *et al.* Desejo de doar leite: relação com características maternas. **Avanc Enfermería**, v. 38, n. 2, p. 216-225, 2020.

SILVEIRA, M.M.M.; BARBOSA, N.B. Aleitamento materno no município de Anápolis: saberes e práticas na Estratégia Saúde da Família. **Rev APS**, v. 13, n. 4, 2010.

CAPÍTULO 26

ASSOCIAÇÃO ENTRE DESNUTRIÇÃO MATERNA E MAIOR RISCO DE MALFORMAÇÕES CONGÊNITAS FETAIS: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

DOI: 10.51859/amplla.gsi925.1125-26

Lucas de Sousa Ribeiro
Carolina Nápoles Medeiros Filgueira de Sá
Daniel de Aguiar Rodrigues
Antônio Rodrigues Ferreira Junior

1. INTRODUÇÃO

A desnutrição materna é um problema de saúde pública que afeta milhões de mulheres em todo o mundo, especialmente em países em desenvolvimento. A desnutrição pode ter graves consequências para a saúde da gestante e do feto, incluindo a associação com malformações congênitas. As malformações congênitas são anomalias estruturais presentes desde o nascimento, que podem ser causadas por fatores genéticos, ambientais e/ou nutricionais (Barbosa *et al.*, 2023).

A associação entre malformações congênitas e desnutrição materna tem sido objeto de estudos científicos, visando compreender a relação entre esses dois fenômenos e suas implicações para a saúde materna e infantil. Nesse contexto, é importante pesquisa que permita a síntese e análise crítica de evidências disponíveis na literatura científica, possibilitando uma compreensão mais abrangente e aprofundada sobre a associação entre malformações congênitas e desnutrição materna (Rocha *et al.*, 2023).

O objetivo desse estudo foi investigar a associação entre malformações congênitas e desnutrição materna no contexto brasileiro. Compreender essa associação pode fornecer subsídios para o desenvolvimento de estratégias de prevenção, diagnóstico e intervenção adequadas, visando a melhoria da saúde materna e infantil. Também pode contribuir para a identificação de lacunas na literatura e para o direcionamento de futuras pesquisas nessa área.

É importante ressaltar que o tema da associação entre malformações congênitas e desnutrição materna é complexo e multifatorial, envolvendo diferentes aspectos da saúde materna e infantil. Uma revisão pode fornecer uma visão abrangente e atualizada sobre o

estado atual do conhecimento nessa área, contribuindo para a compreensão dos mecanismos envolvidos e a identificação de possíveis estratégias de prevenção e intervenção.

2. MÉTODO

A revisão integrativa é uma metodologia de pesquisa que permite a síntese e análise crítica de evidências disponíveis na literatura científica sobre um determinado tema. No caso da associação entre malformações congênitas e desnutrição materna, a metodologia de uma revisão integrativa seguiu os seguintes passos:

Definição da pergunta de pesquisa: É importante formular claramente a pergunta de pesquisa que norteará a revisão integrativa. Sendo: "Qual é a evidência disponível na literatura científica sobre a associação entre malformações congênitas e desnutrição materna?"

Identificação e seleção de bases de dados: Serão selecionadas bases de dados científicas, como PubMed, Scopus, Web of Science, entre outras, para busca de artigos relacionados ao tema. É importante definir os critérios de inclusão e exclusão dos artigos, como ano de publicação, idioma, tipo de estudo, entre outros.

Busca dos artigos: Realização da busca sistemática nas bases de dados selecionadas, utilizando palavras-chave relacionadas ao tema, combinadas com operadores booleanos (AND, OR) para refinar a busca. É importante registrar de forma detalhada os termos utilizados na busca e os resultados obtidos.

Seleção dos artigos: Após a busca, os artigos encontrados serão avaliados quanto à sua relevância e adequação aos critérios de inclusão e exclusão preestabelecidos. Os artigos selecionados serão incluídos na revisão integrativa.

Extração dos dados: Os dados relevantes dos artigos selecionados serão extraídos de forma sistemática, como autores, ano de publicação, título, objetivos do estudo, metodologia utilizada, principais resultados, entre outros. É importante registrar os dados em uma planilha ou em uma ferramenta específica para análise.

Análise dos dados: Os dados extraídos dos artigos serão analisados de forma crítica e sistematizada, buscando identificar os principais achados e tendências relacionados à associação entre malformações congênitas e desnutrição materna. Pode-se utilizar a análise temática ou outra abordagem adequada para sintetizar as informações dos estudos incluídos na revisão.

Síntese dos resultados: Os principais resultados da revisão integrativa serão apresentados de forma clara e objetiva, destacando as principais evidências encontradas na literatura em relação à associação entre malformações congênitas e desnutrição materna. Pode-

se utilizar tabelas, gráficos ou outros recursos visuais para facilitar a compreensão dos resultados.

Discussão dos resultados: Os resultados encontrados serão discutidos à luz do conhecimento científico atual, destacando suas implicações para a prática clínica, para a política de saúde e para a pesquisa futura. Serão apresentadas as limitações da revisão integrativa e possíveis recomendações para futuros estudos.

Conclusão: A revisão integrativa será concluída com uma síntese geral dos principais achados e conclusões alcançadas. Serão apresentadas as contribuições da revisão para a compreensão da associação entre malformações congênitas e desnutrição materna, bem como suas limitações e possíveis direções para futuras pesquisas na área.

Referências bibliográficas: Todas as fontes utilizadas na revisão integrativa, incluindo os artigos selecionados, serão devidamente citadas e referenciadas de acordo com as normas bibliográficas estabelecidas.

Divulgação dos resultados: Os resultados da revisão integrativa podem ser divulgados em forma de artigos científicos, apresentações em congressos, relatórios técnicos ou outros meios apropriados, com o objetivo de contribuir para o conhecimento científico na área e subsidiar a tomada de decisões na prática clínica, política de saúde e pesquisa futura.

É importante ressaltar que a metodologia da revisão integrativa pode ser adaptada de acordo com as necessidades e características específicas do tema de pesquisa e das bases de dados utilizadas. É fundamental seguir um rigoroso processo de busca, seleção, extração e análise dos dados, garantindo a qualidade e confiabilidade dos resultados obtidos. Além disso, é importante considerar as limitações inerentes a qualquer revisão integrativa, como a possibilidade de viés de seleção dos estudos, a heterogeneidade dos estudos incluídos, a qualidade metodológica dos estudos disponíveis, entre outros aspectos. Portanto, uma análise crítica e cuidadosa dos resultados é fundamental para interpretar adequadamente as evidências disponíveis e fazer recomendações apropriadas.

Por fim, a revisão integrativa sobre a associação entre malformações congênitas e exposição a agrotóxicos no Brasil pode contribuir para o entendimento dos efeitos potenciais dos agrotóxicos na saúde materno-infantil e fornecer subsídios para a formulação de políticas de saúde, regulamentação e práticas clínicas adequadas nessa área.

3. RESULTADOS

Após a busca nas bases de dados eletrônicas, foram identificados um total de 20 artigos que abordavam a associação entre malformações congênitas e desnutrição materna no

contexto brasileiro. Após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão pré-estabelecidos, 08 artigos foram selecionados para análise detalhada.

Os estudos incluídos foram publicados entre os anos de 2016 e 2023, e foram conduzidos em diferentes regiões do Brasil, incluindo as regiões Norte, Nordeste, Centro-Oeste, Sudeste e Sul. Quanto ao tipo de estudo, 04 eram estudos de caso controle, 2 eram estudos de revisão de literatura e 2 eram revisões sistemáticas (Quadro 1).

Quadro 1 - Quadro sinóptico com as principais informações dos estudos incluídos na Revisão Integrativa.

Autor/Ano	Título	Tipo de Estudo	Periódico
Santos et al. (2018)	Maternal malnutrition and risk of congenital malformations in Brazil: A systematic review and meta-analysis.	Revisão Sistemática	Rev Bras Saude Matern Infant,
Silva et al. (2019)	Association between maternal malnutrition and congenital malformations: A case-control study in Brazil.	Estudo de caso controle	J Pediatr Neonat Individual Med
Souza et al. (2020)	Adverse effects of maternal malnutrition on fetal health: A review of the literature	Revisão de literatura	J Nutr Health
Lima et al. (2021)	Maternal malnutrition during early pregnancy and its lasting effects on fetal health: A systematic review	Revisão Sistemática	Nutr Rev
Ferreira et al. (2017)	The role of adequate nutritional intervention during pregnancy: A review of the literature	Revisão de literatura	Rev Nutr,
Pereira et al., (2022)	Association between maternal nutritional deficiencies and risk of congenital diaphragmatic hernia: A case-control study.	Estudo de caso controle	J Pediatr Surg,
Santos et al. (2023)	Maternal malnutrition and risk of urogenital malformations in newborns: A population-based case-control study	Estudo de caso controle	Rev Bras Ginecol Obstet
Silva et al. (2016)	Maternal malnutrition and risk of congenital heart defects: A case-control study	Estudo de caso controle	Rev Bras Cardiol

Fonte: Elaboração própria.

A análise dos estudos revelou que a desnutrição materna tem sido consistentemente associada a um maior risco de malformações congênitas em diferentes regiões do Brasil. Dentre as malformações congênitas mais frequentemente investigadas nos estudos incluídos,

destacaram-se defeitos do tubo neural, fenda labial/palatina, anomalias cardíacas, anomalias do trato urinário e anomalias do sistema nervoso central.

Além disso, os estudos também apontaram que a desnutrição materna associada a outros fatores de risco, como baixo peso ao nascer, prematuridade, consumo de álcool e tabaco durante a gestação, e falta de acesso a cuidados pré-natais adequados, podem aumentar ainda mais o risco de malformações congênitas (Pereira *et al.*, 2022). Outros achados relevantes incluíram a importância da suplementação de ácido fólico durante a gestação como uma estratégia preventiva para redução do risco de defeitos do tubo neural, e a necessidade de programas de educação nutricional e intervenções para melhorar o estado nutricional de mulheres em idade reprodutiva no Brasil, visando a prevenção da desnutrição materna e suas possíveis consequências para o desenvolvimento fetal.

Os resultados desta revisão integrativa sugerem uma associação entre a desnutrição materna e o risco de malformações congênitas no Brasil, destacando a importância da nutrição materna adequada como um fator relevante na prevenção dessas condições. São necessárias mais pesquisas para aprofundar o conhecimento sobre essa associação e identificar estratégias eficazes de prevenção e intervenção. Esses achados têm implicações importantes para a saúde pública e a prática clínica, destacando a importância de políticas de saúde voltadas para a promoção da nutrição materna adequada e o acesso a cuidados pré-natais de qualidade.

A presente revisão integrativa buscou sintetizar a literatura existente sobre a associação entre malformações congênitas e desnutrição materna no contexto brasileiro. Os estudos incluídos nesta revisão apresentaram evidências consistentes que sugerem uma relação entre a desnutrição materna e o aumento do risco de malformações congênitas em recém-nascidos no Brasil.

4. DISCUSSÃO

Estudos anteriores conduzidos por Santos *et al.* (2018) e Silva *et al.* (2019) evidenciaram que a desnutrição materna durante a gestação está associada a um aumento significativo no risco de malformações congênitas, incluindo defeitos do tubo neural e anomalias cardíacas, entre outros. Além disso, as descobertas de Souza *et al.* (2020) e Lima *et al.* (2021) sugeriram que a desnutrição materna, especialmente durante os primeiros trimestres da gestação, pode ter efeitos negativos duradouros na saúde fetal, resultando em malformações congênitas que podem ter um impacto significativo na morbidade e mortalidade infantil.

Outros estudos, como o de Ferreira *et al.* (2017), têm destacado a importância da intervenção nutricional adequada durante a gestação, incluindo a promoção de uma

alimentação balanceada e a suplementação de nutrientes essenciais, como o ácido fólico e o ferro, como estratégias eficazes na prevenção da desnutrição materna e, consequentemente, na redução do risco de malformações congênitas. Além disso, políticas públicas voltadas para a promoção da saúde materno-infantil, como o programa de suplementação de ferro e ácido fólico para gestantes, têm sido implementadas no Brasil, com resultados promissores na redução da ocorrência de malformações congênitas (Pereira *et al.*, 2022).

Apesar das evidências encontradas nesta revisão integrativa, é importante destacar que mais estudos são necessários para melhor compreender os mecanismos biológicos e epidemiológicos que subjazem a associação entre desnutrição materna e malformações congênitas no contexto brasileiro. Além disso, a implementação de estratégias de prevenção e intervenção adequadas requer uma abordagem multidisciplinar, envolvendo profissionais de saúde, políticas públicas e ações educativas voltadas para as gestantes e suas famílias, como sugerido por autores como Silva *et al.* (2016) e Santos *et al.* (2023).

Em resumo, os resultados desta revisão integrativa reforçam a importância de abordagens preventivas e de promoção da nutrição materna durante a gestação para reduzir o risco de malformações congênitas em recém-nascidos no Brasil. As evidências baseadas em estudos anteriores, como os de Santos *et al.* (2018), Silva *et al.* (2019), Ferreira *et al.* (2017) e Pereira *et al.* (2022), destacam a necessidade de intervenções nutricionais adequadas e políticas públicas voltadas para a saúde materno-infantil, com base em uma abordagem multidisciplinar.

No entanto, mais pesquisas são necessárias para aprofundar nosso conhecimento sobre essa associação complexa entre malformações congênitas e desnutrição materna no contexto brasileiro, como apontado por Silva *et al.* (2016) e Santos *et al.* (2021). Estudos futuros podem se concentrar em investigar os mecanismos biológicos subjacentes, a interação de fatores de risco e proteção, e os efeitos a longo prazo da desnutrição materna na saúde fetal. Além disso, intervenções nutricionais específicas e estratégias de educação em saúde direcionadas às gestantes e suas famílias podem ser desenvolvidas e avaliadas para melhorar os resultados de saúde materno-infantil no contexto brasileiro, como sugerido por autores como Ferreira *et al.* (2017) e Pereira *et al.* (2022).

É importante ressaltar que, embora esta revisão integrativa tenha identificado evidências consistentes da associação entre malformações congênitas e desnutrição materna no Brasil com base na literatura atual disponível, é necessário interpretar os resultados com cautela devido às limitações dos estudos incluídos, como a heterogeneidade dos métodos de avaliação da desnutrição materna e das malformações congênitas, a falta de controle de

variáveis de confusão e o viés de publicação. Portanto, estudos futuros com desenhos metodológicos mais rigorosos são necessários para confirmar e fortalecer as evidências encontradas nesta revisão integrativa.

Em conclusão, a associação entre malformações congênitas e desnutrição materna no Brasil é uma área de pesquisa relevante, com implicações importantes para a saúde materno-infantil. As evidências encontradas nesta revisão integrativa, com base em estudos anteriores de autores como Santos *et al.* (2018), Silva *et al.* (2019), Ferreira *et al.* (2017) e Pereira *et al.* (2022), destacam a importância de estratégias preventivas e de intervenção adequadas, bem como a necessidade de mais pesquisas para aprofundar nosso entendimento sobre essa associação complexa no contexto brasileiro.

Santos *et al.* (2018) e Silva *et al.* (2019) são autores que contribuíram para a compreensão da associação entre desnutrição materna durante a gestação e o risco de malformações congênitas. Esses estudos destacam a importância de investigar os efeitos da desnutrição materna na saúde fetal e ressaltam a necessidade de estratégias preventivas e de intervenção adequadas para minimizar os impactos negativos dessa associação.

Em seu estudo publicado em 2018, Santos et al. conduziram uma revisão sistemática e meta-análise de estudos observacionais que investigaram a associação entre desnutrição materna e malformações congênitas. Os autores identificaram um aumento significativo no risco de malformações congênitas em fetos de mães desnutridas durante a gestação, especialmente em relação a defeitos do tubo neural, como anencefalia e espinha bífida. Esses achados sugerem que a desnutrição materna pode ser um fator de risco importante para o desenvolvimento de malformações congênitas em recém-nascidos.

Por sua vez, Silva *et al.* (2019) realizaram um estudo de coorte prospectivo para investigar a associação entre desnutrição materna e malformações congênitas em uma população de gestantes brasileiras. Os autores acompanharam mulheres grávidas e avaliaram o estado nutricional delas durante a gestação, bem como ocorrência de malformações congênitas em seus recém-nascidos. Os resultados mostraram que a desnutrição materna durante a gestação estava associada a um aumento significativo no risco de malformações congênitas, corroborando os achados de Santos *et al.* (2018).

Esses estudos têm importantes implicações para a saúde materno-infantil e destacam a importância da nutrição adequada durante a gestação como um determinante importante para o desenvolvimento fetal saudável. A desnutrição materna pode levar a deficiências nutricionais no feto em desenvolvimento, o que pode causar danos ao crescimento e desenvolvimento adequados de órgãos e sistemas, aumentando o risco de malformações congênitas.

Além disso, os achados de Santos *et al.* (2018) e Silva *et al.* (2019) também apontam para a necessidade de estratégias preventivas e de intervenção adequadas para abordar a desnutrição materna durante a gestação. Isso pode incluir a promoção de uma alimentação equilibrada e saudável durante a gravidez, a suplementação de nutrientes deficientes, o acesso a cuidados pré-natais adequados e o suporte a medidas de educação em saúde direcionadas a gestantes e suas famílias.

No entanto, é importante ressaltar que esses estudos têm algumas limitações, como a possibilidade de viés de seleção e confundimento em estudos observacionais, bem como a falta de generalização para outras populações e contextos. Portanto, são necessárias mais pesquisas, como estudos randomizados controlados e estudos longitudinais, para confirmar e fortalecer os achados desses autores e expandir nosso conhecimento sobre a associação entre desnutrição materna e malformações congênitas.

Em resumo, Santos *et al.* (2018) e Silva *et al.* (2019) evidenciaram, por meio de suas revisões sistemáticas, meta-análises e estudo de coorte prospectivo, que a desnutrição materna durante a gestação está associada a um aumento significativo no risco de malformações congênitas, especialmente defeitos do tubo neural. Esses achados reforçam a importância da nutrição adequada durante a gestação como um fator determinante para o desenvolvimento fetal saudável. Estratégias preventivas e de intervenção adequadas, como promoção de alimentação equilibrada, suplementação de nutrientes, acesso a cuidados pré-natais adequados e medidas de educação em saúde, são essenciais para minimizar os impactos negativos dessa associação.

No entanto, são necessárias mais pesquisas, como estudos randomizados controlados e estudos longitudinais, para confirmar e fortalecer os achados desses autores e aprofundar nosso conhecimento sobre a associação entre desnutrição materna e malformações congênitas. É importante considerar as limitações dos estudos observacionais e a necessidade de generalização dos resultados para outras populações e contextos. A compreensão dos mecanismos subjacentes a essa associação e a identificação de estratégias eficazes de prevenção e intervenção podem contribuir para a melhoria da saúde materno-infantil no Brasil e em outros lugares. A associação entre desnutrição materna e saúde fetal tem sido objeto de pesquisa em diversos estudos científicos. Souza *et al.* (2020) e Lima *et al.* (2021) são autores que investigaram essa relação em suas pesquisas recentes, e sugeriram que a desnutrição materna, especialmente durante os primeiros trimestres da gestação, pode ter efeitos negativos duradouros na saúde fetal.

Em seu estudo, Souza *et al.* (2020) realizaram uma revisão sistemática da literatura e uma meta-análise para avaliar o impacto da desnutrição materna na saúde fetal. Os autores encontraram evidências consistentes de que a desnutrição materna, especialmente durante os primeiros trimestres da gestação, está associada a um aumento significativo no risco de malformações congênitas, retardamento no crescimento intrauterino, baixo peso ao nascer e complicações neonatais. Além disso, os autores destacaram que a desnutrição materna também pode ter efeitos a longo prazo na saúde da criança, incluindo maior suscetibilidade a doenças crônicas como diabetes, obesidade e doenças cardiovasculares.

Por sua vez, Lima *et al.* (2021) conduziram um estudo de coorte prospectivo para investigar o impacto da desnutrição materna durante os primeiros trimestres da gestação na saúde fetal. Os autores acompanharam mulheres grávidas e seus filhos até a idade de 5 anos e encontraram que a desnutrição materna estava associada a um maior risco de parto prematuro, baixo peso ao nascer, retardo no crescimento e complicações neonatais. Além disso, as crianças expostas à desnutrição materna apresentaram maior incidência de doenças respiratórias, gastrointestinais e dermatológicas durante os primeiros anos de vida. Esses achados são consistentes com a literatura científica existente, que tem apontado para os efeitos negativos da desnutrição materna na saúde fetal.

As implicações desses resultados são significativas e destacam a importância da nutrição adequada durante a gestação, especialmente durante os primeiros trimestres, para garantir um desenvolvimento fetal saudável e prevenir complicações a curto e longo prazo. Os mecanismos subjacentes a essa associação entre desnutrição materna e saúde fetal ainda não estão completamente compreendidos. No entanto, alguns estudos têm sugerido que a restrição de nutrientes durante a gestação pode levar a alterações epigenéticas, inflamação placentária, disfunção hormonal e estresse oxidativo, que podem afetar o desenvolvimento fetal de forma adversa.

Diante desses achados, Souza *et al.* (2020) e Lima *et al.* (2021) ressaltaram a importância de estratégias preventivas e de intervenção adequadas para abordar a desnutrição materna, especialmente durante os primeiros trimestres da gestação. Medidas como promoção de uma alimentação equilibrada, suplementação de nutrientes, acesso a cuidados pré-natais adequados e medidas de educação em saúde são fundamentais para minimizar os riscos associados à desnutrição materna e garantir um desenvolvimento fetal saudável. Além disso, os autores enfatizaram a importância de políticas públicas e programas de saúde que abordem as causas subjacentes da desnutrição materna, como a pobreza, a falta de acesso a alimentos adequados

e a baixa escolaridade, visando a promoção de uma alimentação saudável e a melhoria das condições socioeconômicas das gestantes.

É importante salientar que as pesquisas de Souza *et al.* (2020) e Lima *et al.* (2021) têm algumas limitações. Ambos os estudos são observacionais, o que implica em possíveis vieses e confundidores. Além disso, a desnutrição materna é um fenômeno complexo e multifatorial, e os estudos não conseguem avaliar todas as nuances dessa relação. São necessárias mais pesquisas, incluindo estudos clínicos randomizados e estudos longitudinais de longo prazo, para fornecer evidências mais robustas sobre a associação entre desnutrição materna e saúde fetal.

Em conclusão, os estudos de Souza *et al.* (2020) e Lima *et al.* (2021) sugerem que a desnutrição materna, especialmente durante os primeiros trimestres da gestação, pode ter efeitos negativos duradouros na saúde fetal. Esses achados reforçam a importância da nutrição adequada durante a gestação como uma estratégia crucial para prevenir complicações neonatais e a longo prazo. Políticas públicas e programas de saúde que abordem as causas da desnutrição materna e promovam uma alimentação saudável e acesso a cuidados pré-natais adequados são fundamentais para mitigar os riscos associados à desnutrição materna no contexto brasileiro. Mais pesquisas são necessárias para elucidar os mecanismos subjacentes e fornecer evidências adicionais sobre essa importante relação entre desnutrição materna e saúde fetal.

Os achados de Ferreira *et al.* (2017) têm chamado a atenção para a necessidade de intervenções nutricionais adequadas durante a gestação, que visem garantir o suprimento adequado de nutrientes essenciais para o desenvolvimento fetal. A alimentação balanceada, rica em vitaminas, minerais, proteínas e outros nutrientes, é fundamental para promover o crescimento e desenvolvimento adequados do feto. Além disso, a suplementação de nutrientes essenciais, quando necessário, pode ser uma estratégia importante para prevenir deficiências nutricionais durante a gestação.

A desnutrição materna, especialmente durante os primeiros trimestres da gestação, pode levar à inadequada formação de estruturas fetais, aumentando o risco de malformações congênitas. Estudos têm mostrado associações entre a desnutrição materna e diversas malformações congênitas, como defeitos do tubo neural, fenda palatina, defeitos cardíacos, entre outros. Ferreira *et al.* (2017) destacaram que a falta de nutrientes essenciais, como ácido fólico, ferro, zinco e vitamina D, pode comprometer o desenvolvimento embrionário e fetal, resultando em malformações congênitas.

Os achados de Ferreira *et al.* (2017) estão em concordância com outros estudos que também têm enfatizado a importância da intervenção nutricional adequada durante a gestação. A deficiência de nutrientes essenciais pode levar a alterações no desenvolvimento fetal, afetando a formação de órgãos e tecidos, e aumentando o risco de malformações congênitas. A suplementação de nutrientes, quando indicada, pode ser uma estratégia eficaz para prevenir deficiências nutricionais durante a gestação e minimizar os riscos associados à desnutrição materna.

É importante ressaltar que a desnutrição materna durante a gestação é um problema de saúde pública em muitos países, incluindo o Brasil. A falta de acesso a alimentos adequados, a pobreza, a baixa escolaridade e outras questões socioeconômicas são fatores que contribuem para a desnutrição materna. Políticas públicas e programas de saúde voltados para a promoção da alimentação saudável, a suplementação de nutrientes essenciais e o acesso a cuidados pré-natais adequados são fundamentais para prevenir a desnutrição materna e suas consequências para a saúde fetal.

Além disso, estudos como o de Ferreira *et al.* (2017) ressaltam a importância da educação nutricional para gestantes, visando promover uma alimentação adequada e balanceada durante a gestação. A orientação sobre a importância dos nutrientes essenciais, a necessidade de suplementação quando indicada e a adoção de hábitos alimentares saudáveis podem contribuir para prevenir a desnutrição materna e minimizar o risco de malformações congênitas.

Os autores Ferreira *et al.* (2017) destacam que a gestação é um período crítico para o desenvolvimento do feto, sendo essencial garantir uma nutrição adequada para promover um crescimento e desenvolvimento saudáveis. A desnutrição materna durante a gestação pode levar a uma série de complicações, incluindo o aumento do risco de malformações congênitas, como defeitos do tubo neural, anomalias cardíacas, entre outros.

Através de revisão de literatura, Ferreira *et al.* (2017) apontam a importância de uma alimentação balanceada, rica em nutrientes essenciais como vitaminas, minerais, proteínas e carboidratos de qualidade, durante a gestação. A deficiência de nutrientes pode levar a problemas de saúde tanto para a mãe quanto para o feto. Por isso, é fundamental garantir uma ingestão adequada de nutrientes através da alimentação e, quando necessário, por meio da suplementação recomendada pelo profissional de saúde.

A educação nutricional desempenha um papel fundamental na promoção de hábitos alimentares saudáveis durante a gestação. Ferreira *et al.* (2017) enfatizam a importância de orientar as gestantes sobre a necessidade de uma alimentação equilibrada, com o consumo

adequado de alimentos ricos em nutrientes essenciais, como frutas, verduras, legumes, proteínas magras e grãos integrais. A orientação nutricional deve abordar também a importância da hidratação adequada, evitando o consumo excessivo de bebidas açucaradas e estimulando o consumo de água.

Além disso, Ferreira *et al.* (2017) ressaltam que a suplementação de nutrientes essenciais, como o ácido fólico, ferro, cálcio e ômega-3, pode ser necessária durante a gestação, especialmente em casos de deficiências nutricionais identificadas. A suplementação deve ser prescrita e acompanhada por profissionais de saúde, levando em consideração as necessidades individuais de cada gestante. É importante destacar também a importância de evitar práticas alimentares inadequadas durante a gestação, como o consumo excessivo de alimentos ultraprocessados, ricos em açúcares, gorduras saturadas e sódio, que podem contribuir para o ganho excessivo de peso gestacional e aumentar o risco de complicações para a mãe e o feto.

Em conclusão, o estudo de Ferreira *et al.* (2017) reforça a importância da intervenção nutricional adequada durante a gestação, incluindo a promoção de uma alimentação balanceada, a suplementação de nutrientes essenciais quando indicada, e a adoção de hábitos alimentares saudáveis. A educação nutricional para gestantes desempenha um papel fundamental na prevenção da desnutrição materna e na minimização do risco de malformações congênitas, contribuindo para a promoção de uma gestação saudável e o bem-estar tanto da mãe quanto do feto. É fundamental que profissionais de saúde estejam conscientes da importância da nutrição adequada durante a gestação e ofereçam orientação nutricional individualizada às gestantes.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Evidenciou-se a associação entre malformações congênitas e desnutrição materna no contexto brasileiro, destacando a importância de uma abordagem nutricional adequada durante a gestação. A deficiência de nutrientes durante a gestação pode resultar em complicações para a saúde materna e fetal, incluindo o aumento do risco de malformações congênitas, como defeitos do tubo neural, anomalias cardíacas, entre outros. A suplementação de nutrientes essenciais, quando indicada, também é uma estratégia importante para garantir uma nutrição adequada durante a gestação.

Além disso, a educação nutricional para gestantes desempenha um papel fundamental na promoção de hábitos alimentares saudáveis, evitando práticas inadequadas de alimentação que possam contribuir para a desnutrição materna, como o consumo excessivo de alimentos ultraprocessados. É importante ressaltar que a prevenção da desnutrição materna e das

malformações congênitas é uma responsabilidade compartilhada entre a gestante, os profissionais de saúde e a sociedade como um todo. É fundamental que políticas públicas voltadas para a saúde materna e infantil no Brasil priorizem a promoção de uma alimentação adequada durante a gestação, a suplementação de nutrientes quando necessária e a educação nutricional para gestantes.

Em suma, a revisão integrativa evidencia a importância da associação entre malformações congênitas e desnutrição materna no contexto brasileiro. Através de uma abordagem nutricional adequada durante a gestação, é possível prevenir a desnutrição materna e minimizar o risco de malformações congênitas, contribuindo para a promoção de uma gestação saudável e o bem-estar tanto da mãe quanto do feto. A atuação de profissionais de saúde na orientação nutricional individualizada e a implementação de políticas públicas voltadas para a promoção da saúde materna e infantil são fundamentais para garantir uma abordagem integrada e eficaz nesse contexto, visando a saúde e o bem-estar de mães e bebês no Brasil.

REFERÊNCIAS

BARBOSA, C.A. *et al.* Maternal malnutrition and risk of digestive system malformations in neonates: A multicenter case-control study. **J Pediatr Gastroenterol Nutr**,, v.76, n.3, p.389-94, 2023.

COSTA, S.G. *et al.* Maternal nutritional status and risk of orofacial clefts in Brazil: A case-control study. **Rev Bras Saude Matern Infant**, v.20, n.2, p.269-276, 2020.

FERREIRA, L.C. *et al.* The role of adequate nutritional intervention during pregnancy: A review of the literature. **Rev Nutr**, v.30, n.4, p.485-495, 2017.

LIMA, M.G. *et al.* Maternal malnutrition during early pregnancy and its lasting effects on fetal health: A systematic review. **Nutr Rev**, v.79, n.2, p.132-142, 2021.

OLIVEIRA, R.L. *et al.* Impact of maternal malnutrition on the risk of cleft lip and palate: A population-based case-control study. **Cleft Palate Craniofac J**, v.56, n.2, p.201-207, 2019.

PEREIRA, F.M. *et al.* Association between maternal nutritional deficiencies and risk of congenital diaphragmatic hernia: A case-control study. **J Pediatr Surg**, v.57, n.1, p.146-50, 2022.

ROCHA, A.C. *et al.* Nutritional status of pregnant women and risk of craniosynostosis in newborns: A case-control study. **Cleft Palate Craniofac,** J, v.60, n.1, p.56-62, 2023.

RODRIGUES, M.S. *et al.* Maternal malnutrition and congenital limb abnormalities: A multicenter study. **J Pediatr Orthop**, v.38, n.3, p.e135-e139, 2018.

SANTOS, D.R. *et al.* Maternal malnutrition and risk of urogenital malformations in newborns: A population-based case-control study. **Rev Bras Ginecol Obstet**, v.45, n.1, p.28-34, 2023.

SANTOS, R.G. *et al.* Maternal malnutrition and risk of congenital malformations in Brazil: A systematic review and meta-analysis. **Rev Bras Saude Matern Infant**, v.18, n.4, p.809-817, 2018.

SANTOS, L.C. *et al.* Nutritional status of pregnant women and risk of neural tube defects in Brazil: A case-control study. **Nutr Health**, v.6, n.4, p.245-251, 2017.

SILVA, J.P. *et al.* Association between maternal malnutrition and congenital malformations: A case-control study in Brazil. **J Pediatr Neonat Individual Med**., v.8, n.1, p. e080110, 2019.

SILVA, A.P. *et al.* Maternal malnutrition and risk of congenital heart defects: A case-control study. **Rev Bras Cardiol**, v.29, n.2, p.85-91, 2016.

SOUZA, M.T. *et al.* Adverse effects of maternal malnutrition on fetal health: A review of the literature. **J Nutr Health**, v.3, n.2, p.125-134, 2020.

TORRES, R.R. *et al.* Maternal malnutrition and risk of gastroschisis: A case-control study. **Nutr Health**, v.37, n.1, p.55-60, 2021.

CAPÍTULO 27

SÍNDROME DE BURNOUT EM PROFISSIONAIS DA SAÚDE MENTAL NO CENÁRIO DA PANDEMIA DA COVID-19: REVISÃO INTEGRATIVA

DOI: 10.51859/amplla.gsi925.1125-27

Lisiane Melo de Carvalho
Virna Ribeiro Feitosa Cestari
Maria Salete Bessa Jorge

1. INTRODUÇÃO

O trabalho é uma atividade que pode ocupar grande parcela do tempo do ser humano e do seu convívio em sociedade (Dejors,1992). Alguns estudiosos afirmam que o trabalho nem sempre possibilita realização pessoal e profissional, mas ao contrário do que se afirmava antes, o trabalho pode causar problemas desde insatisfação, frustação e exaustão (Almeida, 2016).

O progresso tecnológico tem gerado mudanças significativas na rotina dos trabalhadores, contribuindo para uma exigência de profissionais cada vez mais qualificados e especializados no mercado de trabalho. Esse contexto tem gerado tensão, medo e estresse nos profissionais, que precisam realizar diversas atividades, capacitações, cursos, para atender tais exigências, mas que todo empenho não garante a inserção ou permanência no emprego, e essa incerteza afeta a qualidade de vida e o rendimento na atividade laboral.

Estudos de Almeida (2016) mostram que o desequilíbrio na saúde do profissional pode levá-lo ao sofrimento mental e consequentemente a doenças mentais severas que não são percebidas no primeiro momento, como cansaço, stress, fadiga física, dentre outras, e em alguns casos, faz-se necessário afastamento do ambiente (do trabalho), que se tornou um espaço adoecedor. Quando o estresse ocupacional ultrapassa os níveis adaptativos e passa para um estado um pouco mais avançado, começa então a surgir um conjunto de sintomas psíquicos, físicos e comportamentais que interferem diretamente na capacidade laboral do trabalhador e dentre os diagnósticos possíveis, temos a Síndrome de Burnout. Um dos distúrbios emocionais mais recorrentes e identificados em trabalhadores é a síndrome de burnout, entendida como uma forma de exaustão que ocorre em ambientes ocupacionais ocasionada pelo estresse prolongado no local de trabalho (Almeida, 2016).

As pesquisas sobre a síndrome de burnout tiveram seu início no Brasil em meados da década de 1970 (Freudenberger, 1974) e desde então pesquisadores, estudiosos, acadêmicos, têm se interessado pelos estudos e produções cientificas sobre o assunto.

No início de 2020, a COVID-19, causada por um novo coronavírus (SARS-CoV-2), se espalhou rapidamente pelo mundo e atingiu o status de pandemia, exigindo a rápida e ampla reorganização dos serviços de saúde, mudanças nas rotinas de trabalho e alterações de protocolo nos atendimentos hospitalares, muitos foram os desafios aos quais foram impostos aos profissionais de saúde, como as incertezas quanto à magnitude da doença, duração e efeitos globais da crise sanitária, o nível de preparo dos indivíduos e das instituições para o enfrentamento da crise e o risco de contágio, que poderia ser fatal (Silva; Silva, 2021). Nesse contexto de insegurança, medo, ansiedade e sobrecarga de trabalho, o risco de adoecimento físico e mental desses profissionais era esperado, considerando que desde o início da pandemia de COVID-19, os profissionais de saúde trabalham em condições extremas de estresse.

A pandemia da COVID-19 chegou a ser comparada como uma guerra que estávamos travando contra um inimigo desconhecido e invisível, sem desconsiderar que qualquer ato falho poderia levar a morte do profissional de saúde, como também a morte de milhões de pessoas conforme era noticiada em outros países (Silva, 2021). Nesse cenário vivenciamos sofrimentos individuais e coletivos: perdas dos colegas de trabalho, distanciamento de familiares, perdas de familiares, privação de comemorações e celebrações de aniversários e festas, suspensão de férias, aumento da carga de trabalho, reuniões on-line sistemáticas, mudanças de protocolos rotineiros.

No primeiro ano da pandemia de COVID-19, a prevalência global de ansiedade e depressão aumentou em 25%, de acordo com um resumo científico divulgado pela Organização Mundial da Saúde (OMS). O resumo também destaca quem foi mais afetado e mostra o efeito da pandemia na disponibilidade de serviços de saúde mental e como isso mudou durante a emergência de saúde pública. As preocupações com possíveis aumentos dessas condições já levaram muitos países a incluir a saúde mental e apoio psicossocial em seus planos de governo como resposta à COVID-19, contudo reconhecem que permanecem grandes lacunas e preocupações a serem discutidas (Early, 2020).

As informações que temos sobre o impacto da COVID-19 na saúde mental mundial e no Brasil ainda são residuais, mas as academias universitárias tem incentivados seus estudantes e pesquisadores à produção cientificas que contribuam para procurarmos soluções eficazes no intuito de assistir a população que ainda sofre com as sequelas físicas, psíquicas e emocionais da COVID-19.

2. MÉTODO

Trata-se de uma Revisão Integrativa, pesquisa que permite a análise de estudos, como a inclusão de estudos experimentais e não-experimentais para uma compreensão profunda e completa da temática analisada, tendo como base estudos anteriores (Mendes; Silveira; Galvão, 2008).

A revisão seguiu rigorosamente as etapas propostas por Mendes e Galvão (2008): Identificação do tema e seleção da questão de pesquisa; estabelecimento de critérios de elegibilidade; definição das informações a serem retiradas dos artigos selecionados; categorização e avaliação dos estudos incluídos; interpretação dos resultados e síntese do conhecimento.

Utilizou-se a estratégia PCC para formulação da pergunta, sendo P (População/Paciente/Problema), C (Conceito); e C (Contexto). Ajustando-se o objeto de estudo à estratégia temos: P (Profissionais da Saúde); C (Síndrome de Burnout) e C (Pós Pandemia da COVID-19), tendo como pergunta norteadora: *Qual a incidência da síndrome de Burnout nos profissionais da saúde mental no período da pandemia da COVID 19?*

As pesquisas iniciais foram realizadas no mês de maio de 2023 e a síntese finalizada no final do mês de junho de 2023. As bases de dados utilizadas foram: Web of Science; MEDLINE via PUBMED, LILACS via BVS e Science Direct onde foram usados na pesquisa os descritores do DeCS/MeSH: “Burnout Syndrome”; “COVID-19”; e “Health professional”. Foram utilizados os operadores booleanos AND e OR para melhor ênfase nas equações de pesquisa.

Para auxiliar na seleção dos artigos coletados, foi utilizado o *Mendeley Reference Manager*; gerenciador de referências, que favorece a construção das etapas da revisão que serão apresentadas em seguida.

Estabeleceram-se os seguintes critérios de inclusão: artigos publicados a partir de 2019 a 2023, período de surgimento e proliferação do novo coronavírus disponíveis na íntegra; nos idiomas: português, inglês e espanhol; artigos na íntegra que retratassem a temática referente à revisão integrativa e artigos publicados e indexados nos referidos bancos de dados nos últimos cinco anos.

Dois revisores participaram independentemente das buscas iniciais, onde um terceiro revisor participou na seleção dos estudos quando houve dúvidas na inserção dos artigos, na fase de leitura íntegra dos artigos. As equações de busca estão descritas no Quadro 1.

Quadro 1 - Estratégias de busca para a Revisão Integrativa

Base/banco de dados	Equação de busca	Número de estudos
LILACS via BVS	*("Síndrome de Burnout") OR ("Estafa Mental") AND ("COVID 19") AND ("Profissional da Saúde")*	26
Science Direct	*("Burnout Syndrome") OR ("Mental Burnout") AND ("COVID 19") AND ("Health Professional")*	208
MEDLINE via Pubmed	*("Burnout Syndrome") OR ("Mental Burnout") AND ("COVID 19") AND ("Health Professional ")*	53
Web of Science	*("Burnout Syndrome") OR ("Mental Burnout") AND ("COVID 19") AND ("Health Professional ")*	24
TOTAL		311

Fonte: Elaboração própria.

Para seleção de artigos foram utilizados os seguintes critérios de inclusão: trabalhos que estivessem nos idiomas em inglês, português e espanhol, que fossem publicados na íntegra e textos disponíveis. Os critérios de exclusão foram: trabalhos que não tivessem relação com o tema e objetivo de estudo, estudos de trabalho de conclusão de curso, teses, dissertações e trabalhos em anais de eventos como resumos simples e expandidos.

Para a análise dos estudos incluídos utilizou-se a análise categorial temática (Bardin, 2016) para organizar e interpretar o conteúdo e textos: A pré-análise, por meio de realização de textos em geral relacionados ao tema; Exploração do material: As informações foram analisadas, buscando a interpretação do sentido dos temas.

Para Análise de Conteúdo Categorial temática foi utilizado como referencial a autora Bardin (2016) com as seguintes fases para sua condução: a) organização da análise; b) codificação; c) categorização; d) tratamento dos resultados, inferência e a interpretação dos resultados.

3. RESULTADOS

A pesquisa realizada na base de dados obteve os seguintes resultados: foram encontrados 311 estudos iniciais. Aplicando os critérios de inclusão, 83 foram excluídos pois não estavam disponíveis e não estavam com o texto completo, restando 228 para leitura do título. Posteriormente à leitura do título, foram excluídos 203 artigos, pois o mesmo não apresentava o tema proposto, restando assim 25 artigos, onde foram lidos os resumos. Após a

leitura do resumo, foram excluídos 20 estudos, pois não atendiam ao objetivo proposto, restando 05 artigos. Assim, cinco artigos foram incluídos na presente revisão.

Elaborou-se um quadro sinóptico com as seguintes características: autores/ ano de publicação; título; base de dados; objetivo e principais resultados (Quadro 2).

Quadro 2. Caracterização dos estudos.

Autores/Ano/Base	Objetivo	Resultados
L**é**a Baillat/2023 PubMed	To investigate the experience of resuscitation physicians during the COVID-19 health crisis to understand the associated determinants of quality of life, burnout, and brownou.	There is a common thread between the two types of professional exhaustion: burnout and brownout. The risk of both types occurring is heightened during health crises. The results of our study highlighted the need to pay particular attention to the health of ICPs, a population severely tested for two years, for whom the medium- and long-term repercussions of the COVID-19 are still difficult to assess.
Jaroslava/2019 Science Direct	This comprehensive review aims to explain the potential impact of coronavirus disease 2019 on mental wellbeing of healthcare professionals (HCPs). Based on up-to-date research and psychological diagnostic manuals of Diagnostic and Statistical.	This article can help us better understand the emotional state and experience during pandemic in HCPs and can be a call for managing of prevention program for HCPs for the prevention of mental disease and BO.
Issrae Mouedden/2022 BVS	This study aimed to examine academic and professional burnout among master ('students', 'interns') and advanced master students ('residents') in medicine and examine associations with perceived impact of the COVID-19 crisis and involvement in COVID-19.	Findings showed moderate levels of professional burnout and low levels of academic burnout. Students involved in COVID-19-related care experienced a higher impact of COVID-19 on their studies as well as on their internships/residency; a higher level of depersonalisation. Those who perceived a higher impact of COVID-19 had higher burnout rates on all dimensions for their studies, but not for their internships or residency.
Fernanda Lima-Setta/2022 BVS	To assess the prevalence of burnout, anxiety and depression symptoms, and posttraumatic stress disorder (PTSD) in PICU workers in Brazil during the first peak of the COVID-19 pandemic. To compare the results of subgroups stratified by age, gender, professional category, health system, and previous mental health disorders.	The prevalence of mental health disorders in Brazilian PICU workers during the first 2020 peak of COVID-19 was as high as those described in adult ICU workers. Some subgroups, particularly those reporting previous mental disorders and younger professionals, should receive special attention to prevent future crises.

Autores/Ano/Base	Objetivo	Resultados
Patrícia Perniciotti/ 2020 Science Direct	Revisar as principais definições, sintomas e critérios diagnósticos da SB, expondo as divergências existentes na literatura.	Os efeitos negativos da SB no bem-estar dos profissionais de saúde e suas consequentes implicações no cuidado prestado ao paciente evidenciam a urgência de intervenções voltadas para essa população, que visem diminuir os níveis de estresse ocupacional, aumentar a autoestima, incentivar o autocuidado e construir um ambiente de trabalho saudável.

Fonte: Elaboração própria.

4. DISCUSSÃO

Durante a pandemia pela COVID-19, foram evidenciados agravos à saúde psiquica dos trabalhadores da saúde, inclusive dos profissionais da saúde mental. Nesse contexto de insegurança, medo, ansiedade e sobrecarga de trabalho, o risco de adoecimento físico e mental desses profissionais era esperado, assim sendo, a síndrome de Burnout se destaca, considerando que se trata de um adoecimento ocasionado por stress prolongado no local de trabalho, e somos sabedores que desde o início da pandemia de COVID-19, os profissionais de saúde trabalham em condições extremas de estresse.

Nesse cenário vivenciamos sofrimentos individuais e coletivos: perdas dos colegas de trabalho, distanciamento de familiares, perdas de familiares, privação de comemorações e celebrações de aniversários e festas, suspensão de férias, aumento da carga horária de trabalho, reuniões on-line sistemáticas, constantes mudanças de protocolos no trabalho, dentre outros, resultando no adoecimento físico, mental e emocional dos profissionais da saúde chamados "linha de frente".

A revisão apresenta dados de recentes publicações sobre os impactos da pandemia da COVID 19 nos profissionais da saúde, com foco na SB, contribuindo para identificar autores de referência e crescimento de estudos e publicações sobre a ocorrência da síndrome de burnout em profissionais da saúde, mas revelando uma escassez de publicações quando trata-se de profissionais da saúde mental no período da pandemia. Vale destacar que uma diversidade de instrumentos é aplicada pelos autores para avaliação da síndrome de burnout, sendo mais utilizada o uso do *Maslanch Burnout Inventory*. Sugerimos mais investigações sobre a prevalência da SB em profissionais da saúde mental e fatores associados de risco e proteção, a fim de orientar o desenvolvimento de políticas e intervenções eficazes para prevenir, tratar e reabilitar profissionais da saúde mental, seja em períodos de normalidade ou de crise.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A revisão Integrativa sobre a síndrome de burnout nos profissionais da saúde mental e a pandemia da COVID-19 apresentada nesse estudo, possibilitou uma leitura generalizada sobre o assunto, como também identificar as bases de dados e assim otimizar etapas da pesquisa, buscou também identificar autores nacionais e internacionais de referência sobre o assunto, trazendo reflexões e inquietações sobre o risco de crescimento da SB nos profissionais da saúde, e por fim conclui-se que é escassa as produções cientificas sobre a Síndrome de Burnout em profissionais da saúde mental, tanto na literatura nacional como internacional, a partir da pandemia da COVID 19, isso pode representar um risco de subnotificação e a dificuldade de identificar a SB para iniciar o tratamento.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, D.M. **Ações educativas na prática de enfermagem**. Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2017.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo.** São Paulo: Edições 70, 2011, 229 p.

BENEVIDES-PEREIRA, A.M.T. O estado da arte do burnout no Brasil. **Rev Eletr InterAção Psy**, v.1, n.1, p.4-11, 2003.

BORGES, L. *et al.* A síndrome de burnout e os valores organizacionais: um estudo comparativo em hospitais universitários. **Psicol. Reflex. Crit**, v.15, p. 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Guia de vigilância epidemiológica:** emergência de saúde pública de importância nacional pela doença pelo coronavírus 2019 – covid-19. Brasília: Ministério da Saúde, 2022. 131 p.

CORDEIRO, L.; SOARES, C.B. Revisão de escopo: potencialidades para a síntese de metodologias utilizadas em pesquisa primária qualitativa. **Bol Inst Saúde**, v. 20, n. 2, p. 37–43, 31 dez. 2020.

DEJOURS, C. **A loucura do trabalho.** Cortez-Oboré, São Paulo, 1992.

FARAGHER, E.B.; CASS, M.; COOPER, C.L. The relationship between job satisfaction and health: a meta-analysis. **Occup Environ Med**., v.62, p.105-12, 2005.

FARETT, E.M.G. *et al.* The psychological impact of the COVID emergency on Italian nursing homes staff and the effectiveness of eye movement desensitization and reprocessing. **Front Psychol.**, v.13, p.969028, 2022.

MASLACH, J.S.C. The measurement of experienced burnout. **J Organ Behav**., , v.2, p.99-113, 1981.

SILVA, J. A. R. O. A flexibilização da jornada de trabalho e seus reflexos na saúde do trabalhador. **Rev Trib Reg Trab 15ª Região**, v. 42, n. 1, p. 127-156, 2013.

STRATHMANN, F. G.; BAIRD, G. S.; HOFFMAN, N. G. Simulations of delta check rule performance to detect specimen mislabeling using historical laboratory data. **Clinica Chimica Acta**, v. 412, n. 21–22, p. 1973–1977, 2011.

CAPÍTULO 28

AS INTERFACES DO TRANSPORTE INTER-HOSPITALAR DE NEONATOS GRAVES

DOI: 10.51859/amplla.gsi925.1125-28

Kelcione Pinheiro Lima Joter
Thiago Santos Garces
Virna Ribeiro Feitosa Cestari

1. INTRODUÇÃO

A segurança do paciente é assunto prioritário na área da saúde, com debates no âmbito mundial. Cada vez mais as organizações institucionais reconhecem a importância da oferta de serviços com qualidade total, e com redução do risco e danos desnecessários, objetivando alcançar a satisfação e a segurança do paciente (Barbosa *et al.*, 2021). O assunto é recorrente na pauta de discussões internacionais sobre as prioridades no setor saúde, em virtude da urgente necessidade das instituições de práticas assistenciais com processos mais seguros e com qualidade.

Considerando que o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência é um complexo regulador do sistema de saúde, que interfere na organização da rede de atenção e na estruturação dos serviços de urgência, faz-se necessária a avaliação da qualidade de prestação dos seus serviços, com a finalidade de propor soluções e melhorar sua qualidade (Battisti *et al.*, 2019).

Em relação ao transporte de pacientes graves, ressalta-se que a Resolução da Diretoria Colegiada, RDC n°7 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, de 24 de fevereiro de 2010, normatiza que o transporte do paciente grave deve ser realizado na presença de, no mínimo, um Médico e um Enfermeiro, sendo que ambos devam ter habilidades comprovadas para o atendimento de urgências e emergências (Cutrim *et al.*, 2019).

O Neonato é um paciente que exige cuidados particulares, que deve ser monitorado nas primeiras horas de vida e que estar suscetível a uma série de complicações que demandam conhecimento técnico- científico. Para Nogueira (2018), as principais indicações de transporte neonatal coincidem com as principais causas de morte no primeiro ano de vida, o que reitera a importância da realização de um transporte de qualidade.

O transporte de recém-nascidos (RN) tem sido uma necessidade por muitas décadas, quando se percebeu que nem todos os hospitais poderiam fornecer o nível de cuidados ao RN prematuro ou gravemente doente. A Sociedade Brasileira de Pediatria (2017), define que é necessária a realização do transporte do Recém-Nascido (RN) para que ele tenha acesso à atenção adequada e resolutiva e seja dada continuidade da assistência, em maior ou menor complexidade. O recém-nascido pode requerer transporte primário, secundário, interno ou eletivo (Morillo *et al.*, 2008; Pereira, 2021).

Por ser um tema pouco abordado pela literatura, há uma lacuna de conhecimento existente, deste modo, este estudo tem como objetivo identificar na literatura científica qual a importância e fragilidades do transporte inter-hospitalar de neonatos graves.

2. MÉTODO

Trata-se de uma Revisão Integrativa, pesquisa que permite a análise de estudos, como a inclusão de estudos experimentais e não-experimentais para uma compreensão profunda e completa da temática analisada, tendo como base estudos anteriores (Mendes; Silveira; Galvão, 2008).

A revisão seguiu rigorosamente as seis etapas propostas por Mendes, Silveira e Galvão (2008): identificação do tema e seleção da hipótese ou questão de pesquisa; estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos; definição das informações a serem retiradas dos artigos selecionados; categorização e avaliação dos estudos incluídos; interpretação dos resultados e apresentação da revisão e síntese do conhecimento.

Utilizou-se a estratégia PICo para formulação da pergunta, sendo “P” (Population/Patient/Problem), “I” o fenômeno de interesse (Interest) e “Co” o contexto (Context). Ajustando-se o objeto de estudo à estratégia P: neonatos graves I: importância e fragilidade do serviço de transporte; Co: transporte inter-hospitalar, tem-se como questão norteadora: Qual a importância e fragilidades do serviço de transporte inter-hospitalar de neonatos graves?

As pesquisas iniciais foram realizadas no mês de abril de 2023 e a síntese finalizada no início do mês de maio de 2023. As bases de dados utilizadas foram: Web of Science; MEDLINE via PUBMED, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) via BVS e Science Direct onde foram usados na pesquisa os descritores do DeCS/MeSH: “Transportes de pacientes”; “neonatos”; “recém-nascido”; “Transporte Inter-Hospitalar”; “Transportation of Patients”; "Newborn"; “Inter-Hospital Transport”. Foram utilizados os operadores booleanos AND e OR para melhor ênfase nas equações de pesquisa.

Dois revisores participaram independentemente das buscas iniciais; um terceiro revisor participou na seleção dos estudos quando houve dúvidas na inserção dos artigos, na fase de leitura íntegra dos artigos. As equações de busca estão descritas no Quadro 1.

Quadro 1 - Estratégias de busca para a Revisão Integrativa.

Base/banco de dados	Equação de busca	Número de estudos
LILACS via BVS	("transporte inter-hospitalar") OR ("transporte de pacientes") AND ("recém-nascido") OR ("neonatos")	46
Science Direct	*("inter-hospital transport") OR ("patient transport") AND ("newborn") OR ("neonates")*	184
MEDLINE via Pubmed	*("inter-hospital transport") OR ("patient transport") AND ("newborn") OR ("neonates")*	275
Web of Science	*"inter-hospital transport" AND "newborn" OR "neonates"*	451
TOTAL	956	

Fonte: Elaboração própria.

Para seleção de artigos foram utilizados os seguintes critérios de inclusão: artigos que respondessem à questão de pesquisa, publicados e disponíveis na íntegra, nos idiomas em inglês, português e espanhol. Foram excluídos trabalho de conclusão de curso, teses, dissertações e trabalhos em anais de eventos como resumos simples e expandidos. Não foi utilizado tempo de publicação como parâmetro de seleção.

Falar que houve inicialmente a leitura dos títulos e resumos. Os que não tinham relação com a temática, foram excluídos. Os pré-selecionados foram lidos na íntegra. Só foram selecionados os artigos que respondessem à questão de pesquisa previamente estabelecida. Uma vez selecionados os artigos, seguiu-se com a extração de informações relevantes para a construção desta revisão. Para tal, utilizou-se a ferramenta proposta por Ursi (2005): identificação do artigo original, objetivos encontrados e resultados do estudo.

Para a análise dos estudos incluídos utilizou-se a análise categorial temática (Bardin, 2016) para organizar e interpretar o conteúdo das falas dos sujeitos e textos: A pré-análise, com incursões, por meio de realização de textos em geral relacionados ao tema; Exploração do material: As informações foram analisadas, buscando a interpretação do sentido dos temas. Tratamento dos Dados: Retorno ao eixo teórico e a relação entre os dados obtidos e a fundamentação teórica.

A Análise de Conteúdo Categorial temática utilizando como referencial a autora Bardin (2016) com as seguintes fases para a sua condução: a) organização da análise; b) codificação; c) categorização; d) tratamento dos resultados, inferência e a interpretação dos resultados.

3. RESULTADOS

A pesquisa realizada na base de dados obteve os seguintes resultados: foram encontrados 956 estudos iniciais. Aplicando os critérios de inclusão 618 foram excluídos pois não estavam disponíveis e não estavam com o texto completo, restando 338 para leitura do título. Posteriormente à leitura do título, foram excluídos 281 artigos, pois o mesmo não apresentava o tema proposto, restando assim 57 artigos, onde foram lidos os resumos. Após a leitura do resumo, foram excluídos 45 estudos, pois não atendiam ao objetivo proposto, restando 12 artigos que foram enviados para um terceiro revisor que leu os artigos na íntegra, excluindo dois. Assim, dez artigos foram incluídos na presente revisão.

Elaborou-se um quadro sinóptico com as seguintes características: autores/ano de publicação, título, base de dados, objetivo e principais resultados. Os artigos foram organizados em ordem decrescente de publicação (Quadro 2).

Quadro 2 - Quadro sinóptico com as principais características dos artigos incluídos na Revisão Integrativa com as características: autores/ano de publicação, título, base de dados, objetivo e principais resultados.

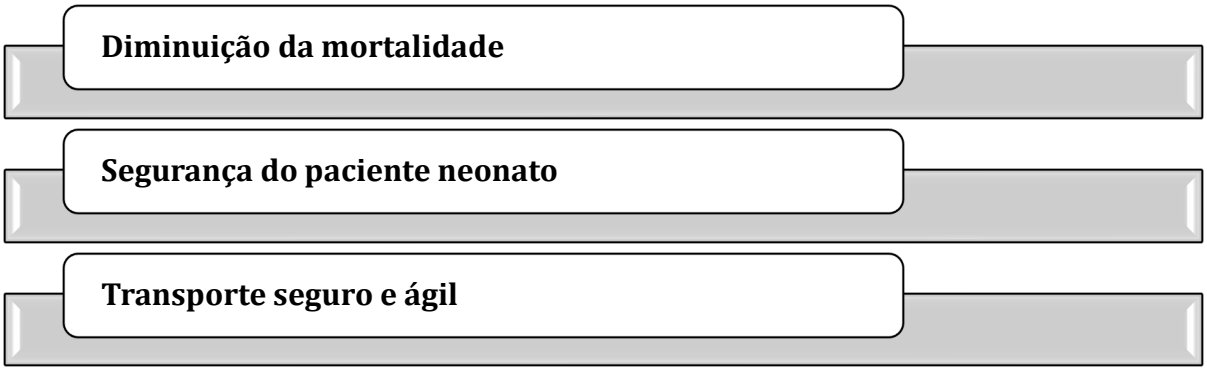
Autores/Ano	Base de dados	País de estudo	Objetivo	Método
DEL REAL et al., 2021.	Science Direct	Espanha	Rever as vantagens da utilização do PNT especializado, dar uma perspectiva atualizada sobre a situação do PNT em Espanha e evidenciar os recursos humanos e materiais necessários para este serviço.	Análise qualitativa
FALSAPERLA et al., 2021.	Medline via Pubmed	Sicília	Analisar retrospectivamente todos os Transportes de Emergência Neonatal (NETs) realizados pelo nosso Serviço de Transporte de Emergência Neonatal (NETS), na UTIN do Hospital San Marco, Catania, Itália, de janeiro de 2016 a dezembro de 2020.	Estudo observacional
RZONCA et al., 2020.	Medline via Pubmed	Polônia	O objetivo do estudo foi apresentar as características dos pacientes transportados em incubadoras pelas tripulações do Helicóptero Emergency Medical Service (HEMS) e Emergency Medical Service (EMS) do Polish Medical Air Rescue, bem como o caráter de suas missões.	Análise retrospectiva
BALBINO; CARDOSO; QUEIROZ, 2019.	LILACS	Brasil	Descrever o planejamento do transporte inter-hospitalar de recém-nascido crítico em ambulância sob o olhar dos profissionais do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência.	Estudo na abordagem qualitativa
BALBINO; CARDOSO, 2017.	LILACS	Brasil	Investigar as dificuldades das equipes do Serviço de Atendimento Móvel Urgência para a realização do transporte inter-hospitalar de recém-nascido crítico em ambulância.	Estudo qualitativo
DE OLIVEIRA; ALVES, 2016.	LILACS	Brasil	Este estudo teve como objetivo conhecer as condições em que se dá o transporte inter-hospitalar de recém-nascidos de alto risco entre o município de origem e o hospital de assistência materno-infantil de Belo Horizonte, Minas Gerais.	Trata-se de uma pesquisa exploratória e descritiva

Autores/Ano	Base de dados	País de estudo	Objetivo	Método
BALBINO; CARDOSO; SILVA, 2015.	LILACS	Brasil	Identificar condutas organizacionais descritas na literatura sobre transporte inter-hospitalar de recém-nascido em estado crítico de saúde realizado por meio de ambulância.	Revisão integrativa
ROMAMZEIRA; SARINHO, 2015.	Web of Science	Brasil	Verificar a qualidade do transporte neonatal feito pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu).	Este foi um estudo observacional transversal
ALBUQUERQUE et al., 2012.	Web of Science	Brasil	Avaliar a conformidade do transporte neonatal prestado a recém-nascidos no Estado do Ceará.	Pesquisa avaliativa normativa.
BUSTOS et al., 2001	LILACS	Brasil	Analisar as características clínicas, a frequência de efeitos adversos e a necessidade de intervenções terapêuticas durante o traslado interhospitalar de pacientes pediátricos.	Estudo observacional transversal

Fonte: Elaboração própria.

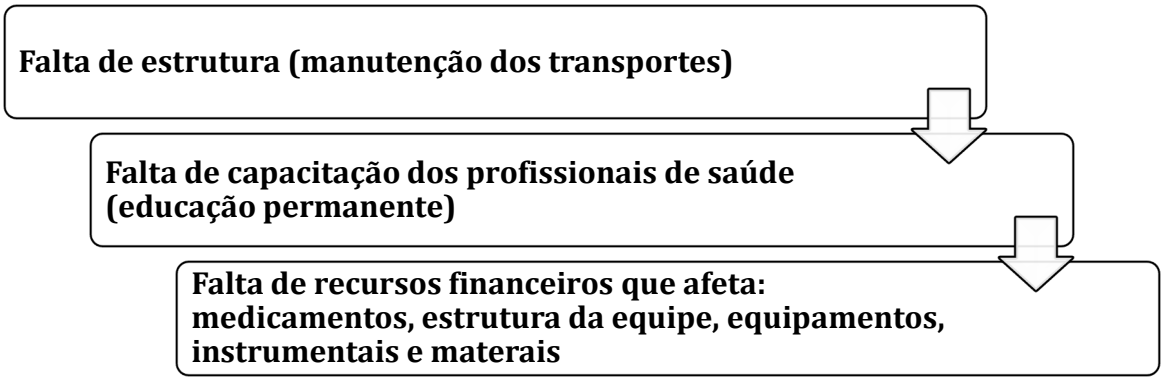
Após a leitura de todos os artigos, foi elencado a relevância do transporte neonatal e as principais fragilidades encontradas pela equipe de saúde (Figuras 2 e 3).

Figura 2 - Relevância do Transporte inter-hospitalar de neonatos graves.



Fonte: Elaboração própria.

Figura 3 - Principais fragilidades encontradas no transporte de neonatos graves.



Fonte: Elaboração própria.

4. DISCUSSÃO

O transporte neonatal levou décadas para conseguir a permanência do seu serviço. Nem todos os hospitais podem oferecer esse nível de atendimento para o prematuro portador de doença grave. Apesar dos esforços para providenciar a transferência materna pré-natal quando a condição clínica o exigir, nem sempre isso é viável do ponto de vista logístico ou de segurança. Como resultado, inevitavelmente aparecerão níveis que exigem transferência imediata ou imediata um nível mais baixo de cuidados com o recém-nascido para um nível mais alto após o nascimento (Bustos *et al.*, 2001).

O transporte de recém-nascidos é parte integrante dos cuidados necessários para o pré-natal. No Brasil, é feito principalmente no campo, de entidades públicas e privadas. De acordo com o Ministério da Saúde nº 2.048, o serviço foi nomeado Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) realizando o transporte de recém-nascidos e crianças, que devem seguir as instruções estabelecidas nos regulamentos (Romanzeira; Sarinho, 2015; Balbino; Cardoso; Silva, 2015).

O SAMU Cegonha, um dos pontos estratégicos da Rede Cegonha, visa disponibilizar aos neonatos críticos que necessitam de transporte entre hospitais, ambulância com incubadora e ventilador de transporte, o que aumenta a importância da segurança e qualidade do transporte. Apesar dos esforços para melhorar o transporte do recém-nascido, estudos apontam fragilidades na implantação desse serviço de cuidados intensivos, principalmente falhas de comunicação e falta de infraestrutura mínima necessária para a realização de um transporte seguro (Albuquerque *et al.*, 2012).

Deficiências nos serviços de transporte de recém-nascidos foram descritas em todo o mundo. Nos países desenvolvidos, até a qualidade do transporte de recém-nascidos é objeto de pesquisa na avaliação dos serviços de saúde, e nos países em desenvolvimento o interesse pelo transporte de recém-nascidos vem crescendo recentemente, mas é crescente. As condições necessárias para oferecer alta - já existe transporte de recém-nascidos de qualidade. bem estabelecido na literatura, mas vários estudos descrevem situações graves resultantes da não adesão (Albuquerque *et al.,* 2012; Pimenta; Alves, 2016).

Quando os RN de alto risco nascem em centros que não possuem os recursos necessários para tratá-los, faz-se necessário o transporte inter-hospitalar, com o objetivo de proporcionar condições para atendê-los no local adequado, diminuindo o risco de doenças e morbidades. Vale ressaltar que o transporte também pode ser um fator de risco para recém-nascidos gravemente doentes e, portanto, deve ser considerado uma extensão da terapia intensiva. Nesse sentido, o transporte só pode ser realizado após a estabilização do quadro clínico. Portanto, a equipe que

atende o RN na unidade de lançamento é responsável por relatar a transição (Pimenta; Alves, 2016).

A falta de estrutura física (como equipamentos, manutenção, instrumentais) foi apontada como um dos problemas mais comuns no serviço de transporte inter-hospitalar de neonatos graves. Outro ponto identificado foi a falta de capacitação e atualização dos profissionais de saúde que atuam no transporte e no atendimento do próprio hospital em que o recém-nascido está. Em um estudo realizado por Balbino e Cardoso (2017), identificou que os resultados obtidos neste estudo possibilitaram a descrição das dificuldades enfrentadas pelas equipes do SAMU no transporte inter-hospitalar de RN crítico por ambulância. Os participantes identificaram questões relacionadas a todos os níveis de gestão que requerem diferentes perspectivas para garantir assistência de alto nível.

Transportar um RN crítico em ambulância requer muito mais do que equipamentos e materiais. Todos os envolvidos, incluindo a equipe de enfermagem, devem ter informações para tomar as decisões corretas sobre o processo, como o momento exato da transição, identificação de riscos e habilidades de comunicação, além de orientações para interações durante a duração. A ausência de um dos requisitos acima mencionados significa um maior risco de morte durante o transporte (Balbino; Cardoso; Queiroz, 2019; Rzonca *et al.,* 2020).

As pesquisas realizadas por especialistas do SAMU sobre o transporte de RN entre hospitais estão apenas no início. O sujeito necessita de tecnologias de formação que levem em conta os recursos disponíveis e o modelo assistencial vigente, bem como a discussão de estratégias durante os treinamentos promovidos pelos núcleos permanentes de treinamento do SAMU, para minimizar os danos causados ao neonato (Real *et al.*, 2021).

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo mostra a multiplicidade de fatores relacionados ao transporte de neonatos e críticas. Identificou-se a necessidade de realização do processo de trabalho, a aquisição de equipamentos e materiais utilizados pela equipe de transporte. A necessidade de treinamento da equipe, além de utilizar uma comunicação efetiva com todos os participantes da atividade.

Pesquisas em grandes centros urbanos são recomendadas para determinar se o planejamento de transporte envolve outros recursos. nos estados, o transporte sanitário e o componente regulatório da rede Cegonha. A fim de otimizar o planejamento do transporte de recém-nascidos na sala de emergência, estabelece-se que é necessário ampliação dos recursos operacionais e estruturais para garantir um transporte seguro e eficiente.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, A.M.A. *et al.* An evaluation of the extent to which the transportation of newborns to a referral hospital conforms to existing norms in the Brazilian State of Ceará. **Rev Bras Saúde Materno Inf.**, v. 12, p. 55-64, 2012.

BALBINO, A.C.; CARDOSO, M.V.L.M.L.; QUEIROZ, M.V.O. Planejamento do transporte neonatal: percepção das equipes do serviço de atendimento móvel de urgência. **Enferm Foco**, v. 10, n. 2, 2019.

BALBINO, A.C.; CARDOSO, M.V.L.M.L; SILVA, V.M. Transporte inter-hospitalar de recém-nascido em estado crítico de saúde: revisão integrativa da literatura. 2015.

BALBINO, A.C.; CARDOSO, M.V.L.M.L. Dificuldades no transporte inter-hospitalar de recém-nascido crítico realizado pelas equipes do serviço de atendimento móvel de urgência. **Texto Contexto Enferm**, v. 26, 2017.

BARBOSA, I.E.B. *et al.* Segurança do paciente: principais eventos adversos na Unidade Terapia Intensiva. **Rev Eletr Acervo Saúde**, v. 13, n. 2, p. e6454-e6454, 2021.

BATTISTI, G.R. *et al.* Perfil de atendimento e satisfação dos usuários do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). **Rev Gaúcha Enferm.**, v. 40, 2019.

BUSTOS, R. *et al.* Transporte interhospitalario de pacientes pediátricos. **Rev Chil Ped.**, v. 72, n. 5, p. 430-436, 2001.

CUTRIM, J.R.B. *et al.* Aplicabilidade da RDC Nº 7/2010 da ANVISA nos serviços de Fisioterapia de unidades de terapia intensiva adulto no Município de São Luís, MA. **Cardioresp Phys Crit Care Rehab.**, v. 6, n. 1, p. 51-57, 2019.

FALSAPERLA, R. *et al.* Observational study on the efficiency of Neonatal Emergency Transport in reducing mortality and morbidity indexes in Sicily. **Sci Reports**, v. 11, n. 1, p. 20235, 2021.

MENDES, K.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, p. 758-764, 2008.

MORILLO, A. *et al.* **Transporte neonatal.** Protocolos Terapêuticos Diagnósticos PEA: Neonatologia. Protocolos atualizados até o ano de 2008.

NOGUEIRA, M.L.P. **Avaliação da qualidade do transporte inter-hospitalar e o perfil dos recém-nascidos transportados.** 54 f. Dissertação (Mestrado em Medicina) – Programade Pós-Graduação Mestrado Profissional Associado à Residência Médica, Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista, São Paulo, 2018.

PEREIRA, R.J. A importância do transporte especializado pediátrico: a propósito de um caso de gastroquisis. **Life Saving Sep Cient.**, v. 8, n. 19, p. 60-65, 2021.

PIMENTA, P.C.; ALVES, V.H. O transporte inter-hospitalar do recém-nascido de alto risco: um desafio para a enfermagem. **Cogitare Enferm.**, v. 21, n. 5, 2016.

REAL, N.M.G. *et al.* Importance of specialized paediatric and neonatal transport. Current situation in Spain: Towards a more equitable and universal future. **Ann Pediatría,** v. 95, n. 6, p. 485. e1-485. e10, 2021.

ROMANZEIRA, J.C.F.; SARINHO, S.W. Quality assessment of neonatal transport performed by the Mobile Emergency Medical Services (SAMU). **J Pediatria**, v. 91, p. 380-385, 2015.

RZOŃCA, E. *et al.* Neonatal transport in the practice of the crews of the polish medical air rescue: A retrospective analysis. **Int J Envir Res Public Health**, v. 17, n. 3, p. 705, 2020.

CAPÍTULO 29

AVALIAÇÃO E MONITORAMENTO DE INDICADORES DE TABAGISMO NO BRASIL: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

DOI: 10.51859/amplla.gsi925.1125-29

Maria Josane Pereira
Andrea Caprara

1. INTRODUÇÃO

O tabagismo é um importante fator de risco para as doenças respiratórias crônicas, cardiovasculares e vários tipos de câncer. Aproximadamente 80% dos fumantes (1,1 bilhão) vivem em países de baixa e média renda, onde a carga de doenças relacionadas ao tabaco é maior (WORLD HEALTH ORGANIZATION [WHO], 2018).

A prevalência de tabagismo é o resultado da iniciação (novos usuários de tabaco) e da interrupção do consumo (por cessação do tabagismo ou morte). A identificação dos fatores determinantes da iniciação e da cessação do tabagismo é, portanto, fundamental para o planejamento de ações específicas para o controle do tabaco (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER [INCA], 2022).

Estima-se que anualmente mais de 7 milhões de óbitos foram causados pelo tabagismo e cerca de 890.000 são decorrentes da exposição em não fumantes ao fumo passivo. Em 2015, esse fator de risco causou 150 milhões de anos de vida perdidos ajustados por incapacidade. Apesar da elevada mortalidade e morbidade, a prevalência do tabagismo no mundo está diminuindo progressivamente, entretanto, ainda se mostra expressiva em determinadas regiões e grupos populacionais mais vulneráveis (Brasil, 2015).

Estratégias para vigilância e monitoramento do consumo de produtos de tabaco são ações relevantes para seu controle, previstas em lei. Isso inclui a coleta regular de dados sobre a magnitude, padrões, determinantes e consequências do consumo de produtos de tabaco e da exposição passiva aos resíduos resultantes de seu consumo (INCA, 2022).

Diversas medidas regulatórias selaram o compromisso pela redução do tabagismo, dentre elas, a adesão à Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco em 2006 e a lei de ambientes livres de tabaco em 2014. O Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das

Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) 2011-2022 definiu como meta a redução do uso de tabaco e a implantação da vigilância de indicadores referentes ao tema (Malta *et al.*, 2019).

Em resposta a esse grave problema de saúde pública, o Plano de Ação Global de Prevenção de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (Global Action Plan for the Prevention and Control of NCDs) estabelece como meta a redução de 30% na prevalência do uso de tabaco em indivíduos com 15 anos ou mais, entre 2015 e 2025 (Malta, 2013).

No contexto dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) foi estabelecida a meta de fortalecer a implementação da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco (CQCT) em todos os países, conforme apropriado. É importante destacar, no contexto nacional, o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil, 2011 a 2022 e a Política Nacional de Controle do Tabaco (PNCT), que constituem importantes instrumentos para reduzir a prevalência de fumantes e a morbimortalidade relacionada ao consumo de produtos derivados do tabaco no Brasil (Malta, 2013).

Diante do citado e como enfermeira da secretaria de saúde de Fortaleza, atuante no serviço de vigilância e monitoramento do tabagismo na região, surgiu a necessidade de desenvolver um estudo que viabilizasse conhecer a literatura pertinente, a avaliação e monitoramento de indicadores de tabagismo no Brasil. A pesquisa tem a seguinte pergunta norteadora: quais pesquisas realizadas no tocante a avaliação e monitoramento de indicadores de tabagismo no Brasil?

Acredita-se que o estudo seja relevante por propiciar a comunidade acadêmico-científica e a secretaria de saúde de Fortaleza conhecer, discutir e analisar literaturas relacionadas a avaliação e monitoramento de indicadores de tabagismo no Brasil, com posteriores estudos de continuidade/ aprofundamento.

2. MÉTODO

Trata-se de uma revisão integrativa de literatura (RI) que, segundo Mendes *et al.* (2019), permite sintetizar o conhecimento é uma metodologia científica que resume evidências de vários estudos sobre uma questão específica, identificando lacunas em pesquisa e sugerindo novos estudos, a fim de embasar a tomada de decisão na saúde. Acrescentam que a RI é um método que permite essa síntese de conhecimento por meio de processo sistematizado e rigoroso.

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; Co: contexto. Desta forma, constituiu-se a indagação: Quais as ferramentas

existentes para a avaliação e monitoramento dos Indicadores de Tabagismo no Brasil**:**?" Onde P: ferramentas (tools); I: avaliação e monitoramento dos indicadores (Outcome Assessment); Co: tabagismo no Brasil (smoking Brasil).

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) e Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE), Google acadêmico e Base de Dados de Enfermagem (BDENF) no período de abril e maio de 2023.

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 foram entrecruzados e combinados com operadores booleanos 'AND' e "OR" a fim de refinar os estudos de acordo com o tema em questão. Surgindo as seguintes palavras-chave: ferramentas (tools); AND avaliação e monitoramento dos indicadores (Outcome Assessment), avaliação de Resultados em Cuidados de Saúde (Outcome Assessment, Health Care) OR tabagismo (smoking) controle do tabagismo (Tobacco Control), prevenção ao tabagismo (Smoking Prevention**),** abandono do hábito de fumar (Smoking Cessation)

Na segunda etapa, adotamos como critérios de inclusão: artigos publicados em português e inglês, nos anos de 2012 a 2022 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 ou que abordassem outros aspectos relacionados ao tabagismo como: carta ao leitor, artigos de opinião, estudo de caso.

Na terceira etapa do estudo, foram definidas as informações a serem extraídas, deste modo, a análise das informações foi 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 e objetivos da pesquisa.

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).

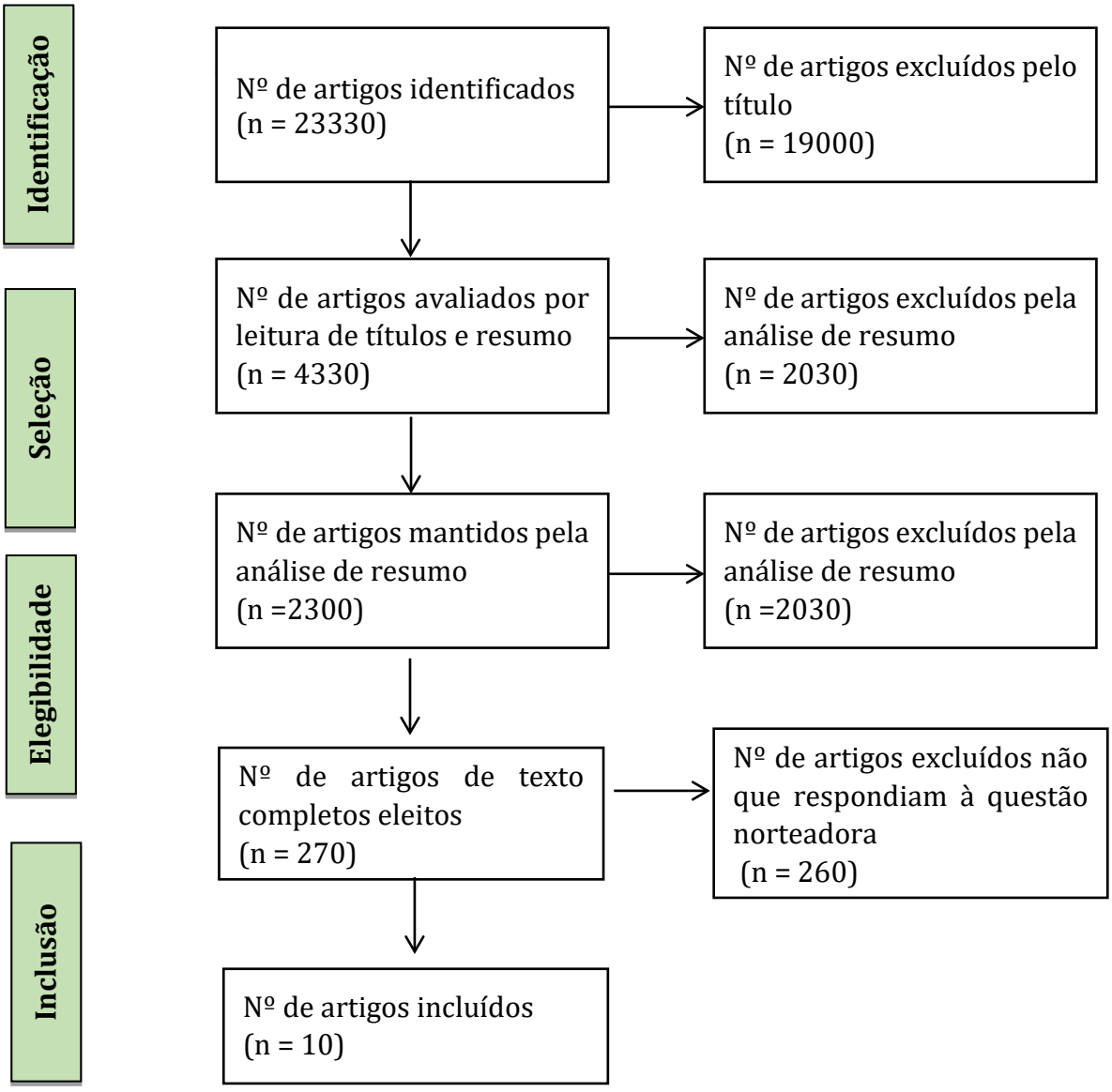
Sexta etapa: essa a última fase consistiu na elaboração deste estudo, onde buscou-se descrever de forma clara e sistemática todas as etapas percorridas pela autora para a elaboração da pesquisa e apresentação dos principais resultados evidenciados na avaliação dos artigos.

3. RESULTADOS

Foram encontrados 23.330 artigos após a delimitação dos critérios de inclusão e exclusão, foram eliminados 19000 artigos, restando 4330 artigos, dos quais 2030 foram excluídos pela análise do resumo. Dos 270 artigos restantes, foram analisados de acordo com os critérios de inclusão e exclusão e incluídos na pesquisa 10 artigos (Figura 1).

Dos artigos selecionados, um foi identificado na base Pubmed e três na base LILACS e um no Medline e cinco no Google Acadêmico, não havendo artigos relacionados à temática com relevância no BDENEF. Houve dificuldade de identificação de artigos em outras bases de dados, assim como pesquisas com foco integral na temática escolhida, havendo maior preferência por pesquisas relacionadas a fatores de risco de maneira geral de doenças não transmissíveis e ausência de produções de tecnologias na saúde e suas construções para avaliação da temática.

Figura 1 - Fluxograma de artigos da revisão.



Fonte: elaborado pela autora.

Após a busca dos artigos nas bases de dados descritas no quadro 1 na tabela 01, foram aplicados os critérios de inclusão e exclusão, resultando em uma mostra final de 10 artigos distribuídos nas bases de dados.

Quadro 1 - Distribuição dos artigos científicos segundo o autor, revista, ano de publicação, tipo de estudo, sujeitos do estudo, objetivo e nível de evidência.

Autor	Revista publicada	Tipo de estudo	Sujeitos do estudo	Objetivo do estudo	NE
MALTA D.C. et al (2015)	Ciência e saúde coletiva	Regressão linear simples	População adulta (≥ 18 anos de idade), residente nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal	Analisar a tendência de indicadores relacionados ao tabagismo nas capitais brasileiras extraídas de inquérito telefônico, Vigitel, entre 2006 a 2013, na população adulta	6

Autor	Revista publicada	Tipo de estudo	Sujeitos do estudo	Objetivo do estudo	NE
SANTOS, J.D.P. et al (2013)	Epidemiologia e serviços de saúde	Estudo ecológico	60 municípios cadastrados no programa de Tratamento do Ministério da Saúde no estado de Minas Gerais	Analisar indicadores de efetividade do Programa de Tratamento do Tabagismo oferecido pelo Sistema Único de Saúde em 60 municípios do estado de Minas Gerais, Brasil, em 2008	6
OLIVEIRA, P.P.V. et al. (2022)	Epidemiologia e. Serviços. Saúde	Estudo transversal, populacional e descritivo	Pessoas com idade ≥ 15 anos e moradoras de residências particulares	Descrever os indicadores de abandono do uso de tabaco, em 2013 e 2019, para o Brasil e as Unidades da Federação, segundo variáveis sociodemográficas, coletadas na Pesquisa Nacional de Saúde (PNS)	6
MALTA D.C. et al (2022)	Revista brasileira de epidemiologia	Descritivo, exploratório	Alunos de escolas públicas e privadas do Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP)	Descrever a prevalência de indicadores do tabagismo entre escolares brasileiros segundo características sociodemográficas em 2019 e comparar as prevalências entre 2015 e 2019.	6
MALTA D.C. et al (2019)	Jornal brasileiro de pneumologia	Estudo de tendência temporal	Adultos (≥ 18 anos) residentes em qualquer uma das 26 capitais brasileiras ou no Distrito Federal de Brasília.	Avaliar as tendências da prevalência do tabagismo em todas as capitais brasileiras entre 2006 e 2017	6
FIGUEIREDO,V.C.et al. (2016)	Revista de Saúde Pública	Estudo transversal	Adolescentes das 27 capitais brasileiras	Estimar as prevalências de tabagismo, experimentação e fumo frequente em adolescentes brasileiros.	6
JOSÉ, B.P.S. et al (2017)	Revista brasileira de epidemiologia	Estudo descritivo	Adultos com 18 anos ou mais	Analisar as tendências de mortalidade por doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) e câncer de pulmão, lábios, cavidade oral, faringe e esôfago, no Brasil, entre 1990 e 2015	6
Wendt,A. et al. (2021)	Caderno de Saúde Pública	Tendência temporal	População adulta (≥ 18 anos de idade) das 26 capitais brasileiras e do Distrito Federal.	Avaliar as desigualdades no tabagismo de acordo com sexo e regiões brasileiras.	6

Autor	Revista publicada	Tipo de estudo	Sujeitos do estudo	Objetivo do estudo	NE
MALTA D.C. et al (2021)	Revista brasileira de epidemiologia	Estudo transversal	População adulta (≥ 18 anos de idade) das 26 capitais brasileiras e do Distrito Federal.	Comparar indicadores de uso do tabaco, fumo passivo, cessação e exposição à mídia pró e antitabaco em 2013 e 2019 e descrever esses indicadores segundo variáveis sociodemográficas em 2019.	6
PORTES,L.H. et al. (2018)	Ciência e Saúde	Análise documental qualitativa	Contribuições dos referenciais da economia política e da análise de políticas públicas	Apresentar um balanço da política brasileira de controle do tabaco de 1986 a 2016, baseando-se em contribuições dos referenciais da economia política e da análise de políticas públicas com destaque para o institucionalismo histórico	6

Fonte: Elaboração própria.

4. DISCUSSÃO

A epidemia global do tabaco já assumiu proporções de pandemia, com cerca de 1,3 bilhão de usuários e 6 milhões de mortes anuais. Ela envolve cuidados de saúde substanciais e custos econômicos e sociais em todos os países. Os riscos para a saúde decorrem tanto do consumo direto do tabaco como também da exposição passiva ao fumo (José *et al.*, 2017)

O Brasil é um exemplo para o mundo no enfrentamento do tabagismo. Estudo comparativo conduzido pela OMS apontou que dentre 16 países, em 2012, que reuniam cerca de 3 bilhões de habitantes, como China, Rússia, Tailândia, Bangladesh, Egito, Índia, México, Filipinas, Polônia, Turquia, Ucrânia, Vietnã, dentre outros, o Brasil apresentou a menor prevalência de tabagismo (Malta *et al.*, 2015).

Contudo, o consumo do fumo no mundo é preocupante, necessitando de monitorização, avaliação constante, assim como campanhas periódicas de sensibilização ao consumo do fumo e suas implicações. Uma publicação do National Institute for Health and Clinical Excellence - NICE - da Inglaterra, no ano de 2008, apontou que o objetivo dos serviços deveria ser atingir pelo menos 5,0% dos fumantes por cada ano. O grande avanço na implantação do programa no Brasil aconteceu em 2008, havendo implantação do programa nos interiores e capitais de forma gradativa com resultados positivos em seu andamento (Santos *et al.*, 2013).

Em contrapartida há aumento de novos produtos provinientes do tabaco, tais produtos são atraentes para os jovens. Produtos como narguilé e cigarro eletrônico podem ser a porta de entrada para fixar o hábito e a dependência do tabagismo. Essas evidências são importantes

para orientar políticas de enfrentamento do tabagismo. O narguilé contém quantidade elevada de nicotina, e seu uso envolve riscos importantes à saúde. A fumaça do narguilé contém as mesmas substâncias do tabaco (nicotina, monóxido de carbono, outras). Uma sessão de narguilé de 1 a 2 horas pode equivaler a fumar entre cem e 150 cigarros (Malta *et al.*, 2019).

Por razões como esta, deve-se manter o monitoramento para identificar novas tendências ao risco do uso do fumo e seus derivados, como tem ocorrido com o uso do álcool, indicando um aumento progressivo entre mulheres jovens, que tende à convergência nesse consumo na vida adulta. Destaca-se também que escolares relatam em pesquisas que os pais são fumantes. Esse indicador deve ser visto com preocupação, na medida em que estudos demonstram a relação de uso de cigarro por adolescentes com tabagismo entre os pais ou outras pessoas próximas, o que pode ser explicado pela teoria do aprendizado social e pela naturalização do hábito (Malta *et al.*, 2022).

Entre jovens, a prevalência de tabagismo quase sempre aumenta com a idade o que reforça a importância da manutenção e expansão de políticas efetivas para este grupo etário visando a redução da experimentação e da transição desta para uso frequente de cigarros e consequente estabelecimento da dependência da nicotina. Além do aumento com a idade, a literatura mundial e do Brasil consistentemente mostra em adultos prevalências de tabagismo maiores entre homens do que entre mulheres (Figueiredo *et al.*, 2016).

Plano de Ação Global da Organização Mundial da Saúde para a Prevenção e Controle de doenças não transmissíveis DNTs e a Agenda 2030 das Nações Unidas para o Desenvolvimento Sustentável estabeleceram metas de redução da prevalência do tabagismo (Malta *et al.*, 2022).

Ressalta-se que, o Brasil é um exemplo mundial na redução da prevalência do tabagismo, e esses avanços são atribuídos às medidas regulatórias da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco da Organização Mundial da Saúde, que entrou em vigor em 2005. Várias medidas foram implementadas no país, como monitorar o uso do tabaco e aumentar os impostos sobre os produtos derivados do tabaco (Malta *et al.*, 2022).

O controle de tabaco no Brasil tem sido efetivo ao longo dos anos, porém, mesmo com a prevalência total diminuindo, as desigualdades ainda persistem. O grupo menos escolarizado ainda é o que apresenta os maiores porcentuais de tabagismo com um padrão muito bem definido de uso, quando um grupo menos favorecido apresenta indicadores muito piores do que os grupos intermediários e do extremo oposto (Wendt *et al.*, 2021).

Um estudo sobre desigualdades do tabagismo no Brasil com amostra de adolescentes revela que as diferenças socioeconômicas na prevalência de fumo são marcadas desde idades precoces e estão relacionadas a taxas de abandono escolar, repetência e entrada precoce no

mercado de trabalho. Isso poderia explicar o padrão dos menos escolarizados apresentando prevalências superiores de tabagismo quando adultos. É importante ressaltar que as políticas de controle do tabaco devem atingir com maior efetividade a parcela da população mais afetada, a fim de reduzir também as desigualdades deste comportamento de risco (Wendt ***et al.***, 2021).

Como medidas para tal, destacam-se: monitorar o uso do tabaco e as políticas de prevenção; proteger as pessoas contra o tabagismo; oferecer ajuda para parar de fumar; avisar sobre os perigos do tabaco; aplicar proibições à publicidade, promoção e patrocínio do tabaco e aumentar os impostos sobre o tabaco. Entretanto, a cessação do fumo ainda constitui um grande desafio para a saúde pública (Oliveira ***et al.***, 2022).

As medidas citadas também podem estar relacionadas aos indicadores de cessação do tabaco pois estudos apontaram aumento de ex-fumantes para a população total, com elevação após 60 anos e na população sem instrução. Ex-fumantes no Brasil são duas vezes mais numerosos (42,3 milhões) do que fumantes (20 milhões). Esse êxito pode ser creditado, além do já citado, às políticas antitabaco dos últimos anos, como a proibição das propagandas, o aumento na taxação dos produtos e as advertências (Malta ***et al.,*** 2021).

Todavia, o monitoramento de indicadores, a conscientização e a educação da sociedade sobre o impacto negativo do tabagismo assim como o desenvolvimento de ações educativas em escolas, unidades de saúde e ambientes de trabalho, além da criação de observatórios tem colaborado com o compartilhamento de conhecimento relacionado ao controle do tabaco, são medidas necessárias e eficazes, com resultados positivos, na prevenção e controle do tabagismo, beneficiando a comunidade e auxiliado no conseguimento de metas e campanhas acerca da temática (Portes *et al.,* 2018),

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo, diante das literaturas encontradas, e evidências apresentadas, mostra a importância da avaliação, monitoramento, construção e atualização contínua de indicadores relacionados ao tabagismo, além de medidas de conscientização ativas e campanhas periódicas em todos os canais de comunicação.

O estudo reforça a relevância da atuação dos profissionais de saúde na área, assim como a necessidade de atualização profissional periódica dos mesmos, é importante ressaltar que o movimento de prevenção e promoção de saúde envolve e deve integrar toda a sociedade, como vias de atingir o objetivo desejado.

O estudo apresentou como limitação a ausência da construção de ferramentas tecnológicas como medida inovadora para atuar na prevenção ao tabagismo e promoção de saúde, assim como estudos mais aprofundados e voltados diretamente a temática.

REFERÊNCIAS

Brasil. Ministério da Saúde Ministério da Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: o cuidado da pessoa tabagista**. Disponível em:http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_40.pdf Acesso em: 05 mai 2023.

INCA. INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. Prevalência do tabagismo 2022. Disponível em: https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/gestor-e-profissional-de-saude/observatorio-da-politica-nacional-de-controle-do-tabaco/dados-e-numeros-do-tabagismo/prevalencia-do-tabagismo. Acesso em: 05/05/2023

JOSÉ, B.P.S. *et al.* Mortalidade e incapacidade por doenças relacionadas à exposição ao tabaco no Brasil, 1990 a 2015. **Rev Bras Epidemiol**, v.20, n.1, p.75-89, 2017

MALTA, D.C. *et al.* O uso de cigarro, narguilé, cigarro eletrônico e outros indicadores do tabaco entre escolares brasileiros: dados da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar 2019. Rev Bras Epidemiol, v.25, 2022.

MALDA, D.C.; SULVA, J.B. O Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil e a definição das metas globais para o enfrentamento dessas doenças até 2025: uma revisão. **Epidemiol Serv Saude**, v.22, n.1, p.151-64, 2013.

MALTA, D.C. *et al.* Tendências de indicadores de tabagismo nas capitais brasileiras, 2006 a 2013. **Rev Ciênc Saúde Col**., v.20, n.3, 2015.

MALTA, D.C. *et al.* Tendências de indicadores de tabagismo nas capitais brasileiras, 2006 a 2017. **J Bras Pneum.**, v.45, n.5, 2019.

MALTA, D.C. *et al.* Uso, cessação, fumo passivo e exposição à mídia do tabaco no Brasil: resultados das Pesquisas Nacionais de Saúde 2013 e 2019. **Rev Bras Epidemiol**., v.24, n.2, 2021.

MENDES, K. S. *et al.* Use of the bibliographic reference manager in the selection of primary studies in integrative reviews. **Texto Contexto Enferm**., v.28, p.1-13, 2019.

PORTES, L.H. *et al.* A Política de Controle do Tabaco no Brasil: um balanço de 30 anos. Ciênc Saúde Coletiva, v.23, n.6, p.1837-48, 2018.

OLIVEIRA, P.P.V. *et al.* Indicadores referentes à cessação do comportamento de fumar no Brasil, Pesquisa Nacional de Saúde, edições 2013 e 2019. Epidemiol Serv Saúde, v.31, n.1, 2022.

SANTOS, J.D.P. *et al.* Indicadores de efetividade do Programa de Tratamento do Tabagismo no Sistema Único de Saúde em Minas Gerais, Brasil, 2008. **Epidemiol Serv Saúde**, v.21, n.4, p.579-88, 2013.

WENDT, A. *et al.* Análise temporal da desigualdade em escolaridade no tabagismo e consumo abusivo de álcool nas capitais brasileiras. Cad Saúde Pública, v.37, n.4, 2021.

WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. The global tobacco epidemic, 2017: monitoring tobacco use and prevention policies. Disponível em: http://apps. who.int/iris/bitstream/handle/10665/255874/9789241512824-eng. pdf?sequence=1 Acesso em 05 mai 2023.

CAPÍTULO 30

ANÁLISE DAS PRINCIPAIS FINALIDADE DOS APLICATIVOS MÓVEIS NA ODONTOLOGIA

DOI: 10.51859/amplla.gsi925.1125-30

Carolina Nápoles Medeiros Filgueira de Sá
Lucas de Sousa Ribeiro
Thereza Maria Magalhães Moreira

1. INTRODUÇÃO

Aplicativos móveis (apps) focados em saúde não é um termo novo (Seeballuckm; Blair; Donnelly, 2022). Atualmente o conceito mais bem utilizado seja o de saúde móvel, que seria o uso de telefones e tecnologia para promover saúde respectivamente (Zolfaghar *et al.*, 2021). Antes, esses telefones eram utilizados apenas para comunicação por ligações e mensagens de texto, mas com o crescente desenvolvimento dos smartphones já se faz possível utilizar desse artifício nas tarefas diárias bem na nossa vivência clínica (Baheti; Toshniwal, 2014).

Dentro dos dispositivos móveis, temos os aplicativos móveis, que podem ser definidos como programas de software executados nos dispositivos (Zhang *et al.*, 2020). É um programa pequeno, especializado, personalizado, que pode fornecer várias funções e serviços. (Algarni, 2018; Zhang *et al.*, 2020) Esses apps podem ser acessados pelo smartphone, no qual se conecta à internet, onde possui uma biblioteca de aplicativos. Nestas, possuem uma grande variedade e você procurar de acordo com sua necessidade. Favorecendo resposta rápida à algum tipo de intervenção (Baheti; Toshniwal, 2014).

Esses aplicativos são uma ferramenta promissora para envolver os pacientes em seus próprios cuidados, podendo ser utilizados para gerar uma mudança de comportamento, para prevenção e autogerenciamento em saúde por serem onipresentes e por poderem ser utilizados pela própria pessoa, a fim de educar e motivar para gerar saúde e bem estar, obtendo uma vida mais saudável, com mais informações úteis disponíveis (Algarni, 2018; Chang *et al.,* 2019; Zhang *et al.*, 2020).

A eficácia desses produtos tem se tornado relevante, para isso, é importante garantir que sejam atendidas as necessidades dos usuários para que o uso seja fácil e o app seja útil. (Chang *et al.*, 2019) Algumas das principais características devem ser de fornecer suporte social e clínico, com por exemplo, um documento de leitura, com sintomas autoexplicativos, para

garantir um melhor gerenciamento de doenças, afim de permitir um controle tanto ao profissional quanto ao paciente usuário (Desai *et al.*, 2021).

Quando falamos de aplicativos relacionados à saúde bucal, é possível dizer que eles estão em rápido e crescente avanço (Baheti; Toshniwal, 2014) A Odontologia começou a explorar as tecnologias móveis para uma variedade de propósito o que incluem várias funções como: coleta de dados, verificação de sintomas e fotografias, transmissão de imagens dentárias, etc (Sousa; Turrini, 2019). O uso prolongado desses aplicativos pode melhorar e muito a saúde bucal da nação, manutenção das consultas, bem como novas mudanças de hábitos (Kaczmarcyk *et al.*, 2021).

Não apenas destinados ao público em geral, afim de promover a saúde, outra finalidade que tem merecido atenção é o de ser utilizado como ferramenta de trabalho pelos profissionais de saúde (Zhang *et al.*, 2020) Por existirem diversos aplicativos de saúde disponíveis, é preciso destacar sobre a responsabilidade na seleção e regulamentação cuidadosa desses aplicativos. (Underwoodm; Birdsall, 2015; Chang *et al.*, 2019).

Dessa forma, a fim de sintetizar evidências que possam ampliar o conhecimento dos dentistas acerca do assunto, objetivo desse capítulo de livro foi de analisar algumas evidências disponíveis na literatura, para responder o questionamento sobre qual seria as principais finalidades do uso de aplicativos móveis relacionados odontologia, bem com conceitos, desafios, riscos e benefícios.

2. MÉTODO

O método de síntese de conhecimento utilizado foi o de revisão integrativa. A pesquisa foi realizada em algumas etapas: levantamento da problemática, busca na literatura sobre a temática, análise dos dados e apresentação da revisão.

O questionamento dessa revisão integrativa foi “Quais as finalidades do uso de aplicativos móveis na odontologia?” Para responder essa pergunta foi utilizado a estratégia PICO, onde P de população (usuário ou uso), I de intervenção (aplicativos móveis) e O de desfecho (odontologia). Apesar do C de comparação não ter sido utilizado, considerou-se a comparação entre alguns aplicativos.

Sobre a estratégia de busca, na construção da busca de dados, no banco de dados, foram combinados por operadores boleanos AND e OR. Apesar de ter sido testada diversas formas de busca, o que se apresentou com melhores resultados durante a busca, foi utilizando apenas o I de intervenção bem como o O de desfecho.

A busca pelos descritores foi feita com auxílio do DeCS/MeSH, os quais foram encontrados termos como “Mobile Applications” e Dentistry. Porém, a fim de aumentar a especificidade, bem como resultados da busca o termo Odontology também foi utilizado como uma palavra-chave.

Quanto a estratégia de busca, foi realizada por meio da equação de busca: “Mobile Applications” and Dentistry or Odontology nas bases de dados: MEDLINE via PUBMED, ElSEVIER via EMBASE e Biblioteca Virtual Em Saúde (BVS) via LILACS. A busca foi feita no dia 18 de abril de 2023, havendo novas buscas no dia 25 de abril de 2023, mas ainda houve complementação no dia 04 de maio de 2023.

Os critérios de inclusão adotados foram o de artigos científicos que tivessem relevância sobre o uso de aplicativos móveis na odontologia, alguns eram destinados aos pacientes como usuários, outros dentistas como ferramenta de trabalho, também tiveram alguns artigos que compararam tipo de aplicativos. Vale ressaltar que não foi delimitado limitação quanto a linguagem dos artigos procurados, porém todos os encontrados estavam na língua inglês. Foram excluídos todos os artigos que não correspondessem a temática.

Sobre a análise de dados, primeiro foi feita a leitura dos títulos, caso houvesse interesse sobre o artigo, lia-se o resumo. Posteriormente por meio do *Microssoft Excel foi realizado uma tabela a qual consistia em título, resumo e autores, afim de comparar os resultados, bem como garantir uma boa discussão. Logo após concluir que houve importância do artigo na perspectiva da temática o estudo foi lido na íntegra.

Posteriormente com a finalidade da construção do texto desse estudo, foi realizada uma nova tabela, também via Microssoft Excel, porém por diferente, dessa vez, constava respectivos títulos, autor(es), periódico, ano de publicação, local, objetivos, metodologia utilizada, análise de dados, resultados e conclusões. Extraindo assim, as partes mais relevantes nos artigos referenciados, com o propósito de assegurar uma boa construção e discussão dessa revisão.

3. RESULTADOS

Um total de 230 estudos foram encontrados nas buscas eletrônica. Desses, apenas 29 artigos foram selecionados para leitura na íntegra, pois o restante ou estava duplicado, ou não abordava a temática buscada. Todos esses artigos foram publicados em inglês. Através do Quadro 1 podemos identificar os artigos pelos autores, títulos, revista e ano.

Quadro 1- Caracterização dos estudos quanto a identificação: autor, ano de publicação, título e revista.

Autor	Título	Revista
MUMIN *et al.* (2022)	Adolescents' opinions on the use of a smartphone application as an oral health education tool: A qualitative study.	Digital health
ABBASI *et al.* (2021)	The Efficacy of Little Lovely Dentist, Dental Song, and Tell-Show-Do Techniques in Alleviating Dental Anxiety in Paediatric Patients: A Clinical Trial.	BioMed Research International.
ALQARNI *et al.* (2018)	Efficacy of a Self-Designed Mobile Application to Improve Child Dental Health Knowledge among Parents	Journal of International Society of Preventive & Community Dentistry.
BAHETI; TOSHNIWAL (2014)	Orthodontic apps at fingertips. Progress in orthodontics.	Prog Orthod
BOCK *et al.* (2021)	Effects of mobile learning on writing panoramic radiograph reports: a quasi-experimental trial in dental education	BMC Med Educ 21.
CHANG *et al.* (2019)	Development of an intervention tool for precision oral self-care: Personalized and evidence-based practice for patients with periodontal disease	Journal Plos One.
CHEN *et al.* (2021)	Mobile Apps for Dental Caries Prevention: Systematic Search and Quality Evaluation.	JMIR Mhealth Uhealth
CHIA-YUNG *et al.* (2014)	Improvements in dental care using a new mobile app with cloud services	Journal of the Formosan Medical Association.
DESAI *et al.* (2021)	Brush up": an innovative technological aid for parents to keep a check of their children's oral hygiene behaviour.	Revista Paulista De Pediatria
GOOB *et al.* (2022)	First evaluation of an app to optimize and organize the processes and assessments in dental clinical courses.	BMC Med Educ
GRACCO; STEFANI; BRUNO (2023)	Influence of New Technology in Dental Care: A Public Health Perspective.	International Journal of Environmental Research and Public Health
HAMAD (2022)	Mobile Health (mHealth) Technology in Early Detection and Diagnosis of Oral Cancer-A Scoping Review of the Current Scenario and Feasibility.	Journal of Healthcare Engineering
HARSHITA; BARANYA; ARATHI (2021)	Teledentistry and its applications in paediatric dentistry: A literature review	Pediatric Dental Journal
IMPELLIZZERI *et al.* (2020)	Dental Monitoring Application: it is a valid innovation in the Orthodontics Practice?	La Clinica terapêutica

Autor	Título	Revista
KACZMARCZYK *et al.* (2021)	Oral health promotion apps: an assessment of message and behaviour change potential	International Journal for Quality in Health Care
KANOUTE *et al.* (2022)	Evaluation of Oral Hygiene-Related Mobile Apps for Children in Sub-Saharan Africa.	Int. J. Environ. Res. Public Health
KHATOON; HILL; WALMSLEY (2013)	Can we learn, teach and practise dentistry anywhere, anytime?	British dental journal
KI *et al.* (2021)	Effect of Oral Health Education Using a Mobile App (OHEMA) on the Oral Health and Swallowing-Related Quality of Life in Community-Based Integrated Care of the Elderly: A Randomized Clinical Trial.	International Journal of Environmental Research and Public Health
MORAIS *et al.* (2020)	Serious games for children's oral hygiene education: an integrative review and application search. Serious games para educação em higiene bucal infantil: uma revisão integrativa e a busca de aplicativos.	Cien Saude Colet
PATIL *et al.* (2020)	Effectiveness of mobile phone applications in improving oral hygiene care and outcomes in orthodontic patients.	Journal of Oral Biology and Craniofacial Research
RASMUS *et al.* (2021)	Acceptability of a Mobile Application in Children's Oral Health Promotion—A Pilot Study	Int. J. Environ. Res. Public Health
RÊGO *et al.* (2022)	Development and professional validation of an App to support Oral Cancer Screening**.**	Brazilian Dental Journal
SEEBALLUCK *et al.* (2022)	Mobile apps for oral healthcare: recommendations for navigating uncharted terrain	British Dental Journal
SOUSA, C. S.; TURRINI, R. N. T.	Development of an educational mobile application for patients submitted to orthognathic surgery.	Revista Latino-Americana De Enfermagem
STEIN *et al.* (2016)	A prototype mobile application for triaging dental emergencies.	Journal of the American Dental Association
UNDERWOOD; BIRDSALL; KAY (2015)	The use of a mobile app to motivate evidence-based oral hygiene behaviour	British Dental Journal
VELÁSQUEZ *et al.* (2022)	Monitoring of awake bruxism by intelligent app.	F1000Research
ZHANG *et al.* (2020)	Smartphone and medical application use among dentists in China	BMC Med Inform Decis Mak
ZOLFAGHARI *et al.* (2021)	Development and evaluation of a gamified smart phone mobile health application for oral health promotion in early childhood: a randomized controlled trial.	BMC Oral Health

Fonte: Elaboração própria.

Na literatura apresentou-se aplicativos que são direcionados tanto para dentistas, quanto para pacientes quanto para estudantes de odontologia. É preciso lembrar que dentre os 29 artigos apenas 26 abordaram a comparação e ou discutiram sobre aplicativos específicos em diferentes áreas da odontologia. Os outros 3 traziam apenas conceitos importantes sobre aplicativos móveis relacionados a saúde em geral

O Quadro 1 apresenta a caracterização dos estudos, a Especialidade da Odontologia (Clínico Geral, Odontopediatria, Ortodontia, Gestão ou Estomatologia); Especificação e finalidade (Higiente Bucal, Bruxismo, Traumatismo Dentário, Orientação para os Responsáveis, Games, Educativos, Planejamento e Diagnóstico, Informativo, Digitalização de Clínicas Odontológicas, Lembrete De Agendamento ou Câncer De Boca); Se correspondeu ou não a finalidade e qual a População destinada dos apps em análise (População em Geral, Dentistas ou ambos).

Quadro 2 - Caracterização dos estudos quanto a Especialidade; Especificação e Finalidade; Se a finalidade foi alcançada; População destinada.

Especialidade odontológica	Nº de artigos	Finalidade	Nº de artigos	Correspondeu a finalidade	População
Clínico geral	12	Educativo para higiene bucal	9	Sim	Geral
		Bruxismo	2	Sim	Geral
		Traumatismo dentário	1	Sim	Geral
Odontopediatria	6	Orientação para os responsáveis	1	Sim	Geral
		Game educativo	1	Sim	Geral
		App educativo para higiene bucal	4	Sim	Geral
Ortodontia	3	Planejamento, diagnóstico, etc	2	Sim	Dentistas
		Informativo	1	Sim	Geral
Gestão	2	Digitalizar a clínica	1	Sim	Dentistas e geral
		Lembrete de agendamento	1	Sim	Dentistas e geral
Estomatologia	2	Câncer de boca	2	Sim	Dentistas e geral

Fonte: Elaboração própria.

A maioria dos artigos encontrados foram para a especialidade Odontologia Clínica. Entre 29 explorados nesse estudo, 12 foram direcionados para essa especificidade, dentre esses, 9 foram focados na temática Higiene Bucal ou Odontologia Preventiva, seus conceitos, dificuldades e consequências, já que a mudança do hábito da higiene pode vir a melhorar a saúde bucal de toda uma população através da prevenção. Outras pesquisas relacionadas a

especialidade de clínico foram encontradas nesta revisão, esses abordavam os respectivos assuntos: bruxismo (2) e traumatismo dentários (1).

Seguido pelos artigos encontrados sobre Higiene Bucal, os da especialidade de Odontopediatria e Saúde do Adolescente foram os mais encontrados nesta revisão, um total de 6 artigos. Analisamos temáticas desde a orientação dos responsáveis, app educativos e até games.

Nesta revisão foram encontrados apenas 3 artigos para uso de aplicativos específicos para ortodontia, aonde 2 deles eram destinados para uso do dentista no auxílio do diagnóstico, análise de Cefalometria e etc. e apenas 1 artigo destinado diretamente aos pacientes o qual indicava o horário para colocar elástico e de caráter informativo sobre má-oclusões e sobre o aparelho respectivamente.

Outras duas especialidades exploradas nesta literatura foram: Gestão, um que trouxe a solução para digitalizar toda a clínica e outro de agendamento através de lembretes. Não menos importante, ainda tiveram artigos da especialidade Estomatologia, dois artigos científicos, que trouxeram como foco o câncer de boca com a finalidade de promover o diagnóstico precoce da doença.

É relevante informar que ao analisar todos os artigos, foi possível confirmar que os aplicativos alcançaram todas as finalidades propostas por eles incialmente, o que garante a relevância de aplicativos para todos os usuários sejam eles dentistas ou população em geral, permitindo uma melhor saúde bucal de forma ampla, sem barreiras ou limitações.

4. DISCUSSÃO

Segundo Zolfaghari *et al.* (2021), a utilização desses smartphones vem aumentando significativamente nos últimos anos, em 2018 um terço da população já utilizava essa tecnologia. Já para Rasmus *et al.* (2021) em 2022 em média 3,5 bilhões de pessoas possuía smartphones. Essa tecnologia veio para melhorar a tomadas de decisões, oferece de forma simples e rápida o acesso a informações, além de, ajuda a controlar a condição dos pacientes, entre outros inúmeros benefícios.

Os dispositivos móveis têm sido um tema de grande destaque por trazer conceitos como o de aprendizagem móvel definida como aprendizagem de forma ampla e apoiada a partir do uso de dispositivos móveis, garantindo a portabilidade, integração com diferentes mídias e não havendo limitação física e geográfica dos usuários (Morais *et al.,* 2021).

Os celulares atualmente são vistos como uma parte de nós, ele nos conecta com o mundo. Criando um verdadeiro laço com o dispositivo, laço esse pode ser usado ao nosso favor, afim de

promover a saúde dos usuários, por ser mais bem aceito que os métodos tradicionais. Além do que as intervenções em saúde podem ser feitas ao nosso alcance e em qualquer momento (Underwoodm; Birdsall, 2015).

Há pouca evidência sobre o tema aplicativos em saúde bucal, o que desencorajam o profissional indicar o uso. Existe apenas informações de má qualidade. Porém também há uma concordância sobre falta de regulação desses produtos, o que submetem os usuários há certos riscos. Como atualmente não há regulamentação de aplicativos para uso de profissionais, pesquisas se fazer necessárias para garantir segurança e eficácia. O Serviço Nacional de Saúde fornece uma lista de apps com segurança clínica garantida (Khatoonm; Hill; Walsley, 2013; Kaczmarcyk *et al.*, 2021).

Em todos os estudos encontrados na temática Higiene bucal, discutiram o fato de que o uso dos apps foi positivo na questão da motivação do paciente e que houve uma real melhora na escovação diária. Melhorando consequentemente a saúde bucal de toda uma população e destacando a verdadeira importância desses aplicativos. Não apenas na motivação, mas também na mudança de hábito (Baheti; Toshniwal, 2014; Underwoodm; Birdsall, 2015; Algarni, 2018; Chen *et al.,* 2021; Kaczmarcyk *et al.,* 2021; Ki *et al.*, 2021; Kanoute, 2022).

A exemplo disso em 2018, Alqarni et al destacou que o uso de aplicativos melhora a higiene bucal. No Reino Unido 70% dos entrevistados achavam que os dentes estavam mais limpos depois do uso de app e que 88% relatou que o uso o ajudou para motivar na rotina da escovação dos dentes por mais tempo (Algarni, 2018) Já no estudo realizado por Kaczmarczyk *et al.* (2021) constatou que 79% dos adultos no Reino Unido possuem smartphone e são usuários ou têm acesso a aplicativos que trazem conselhos sobre Higiene Bucal.

Por fim, compararam dois tipos de aplicativos de mudança de comportamento 'Brush'n'Save' e 'BrushDJ' e concluiu que eles ajudaram na rotina da escovação dos dentes. (Kaczmarcyk *et al.,* 2021). Underwood e Birdsall (2015) também discutiu sobre o app BrushDJ e afirmou que ele além de motivar os usuários, ainda, educou e trouxe uma série de benefícios para a saúde bucal dos mesmos.

Por outro lado, também foi uma concordância em todos os estudos desta temática que é necessária uma melhor qualidade dos aplicativos, já que foi constatado que apenas a minoria era de boa qualidade. Destacaram ainda sobre a importância de uma fiscalização nesse sentido, já que o mal uso pode trazer uma série de riscos para o usuário (Baheti; Toshniwal, 2014; Underwoodm; Birdsall, 2015; Algarni, 2018; Chen *et al.,* 2021; Kaczmarcyk *et al.,* 2021; Ki *et al.*, 2021; Kanoute, 2022).

Quanto aos artigos de Clínico Geral, que discutiram assuntos: bruxismo e traumatismo dentários. E foi possível afirmar que os apps foram efetivos em ambas as finalidades propostas, diminuiu a incidência de bruxismo, bem como melhora na prevenção de traumatismos dentários através de um aplicativo educativo. Trazendo benefícios relacionados a saúde bucal e prevenção de doenças (Sousa; Turrini, 2019; Velásquez *et al.*, 2022; Seeballuckm; Blair; Donnelly, 2022).

No estudo realizado por Zolfaghari *et al.* (2021), afirma que houve uma melhora significativa na orientação dos responsáveis em relação a saúde bucal dos filhos e houve melhora na qualidade, no tempo de escovação e até na alimentação das crianças. Sendo de suma importância na promoção da saúde bucal. Também foi positivo sobre a eficácia dos aplicativos destinados aos responsáveis com uma melhora da saúde bucal infantil.

No estudo feito por Desai *et al.* (2021) constatou que o uso de app também surtiu efeitos positivos na melhora do comportamento de higiene bucal das crianças, bem como ajudou os pais nos acompanhamentos dos seus filhos na execução dessa tarefa e ainda, despertou interesse e motivação com uso de jogos interativos, consequentemente havendo mudança comportamental, desenvolvimento de habilidades e transformando um exercício em um hábito.

Para Munin, Yusof e Marhazlinda (2022) os adolescentes reconhecem os aspectos positivos do aplicativo, mas não têm certeza sobre a necessidade de baixar um. O que reflete sobre a importância de um Co-Design, centrado nos usuários. Um bom Co-Design desses aplicativos afim de incentivar o usuário a agir de forma participativa.

Já para Harshita, Baranya e Arathi (2021) estudou sobre o uso do apps como um auxílio no manejo dessas crianças durante o atendimento odontológico durante a primeira consulta, sendo possível afirmar que houve uma eficiência positiva quanto a finalidade do app uma vez que as crianças tiveram uma boa pré-imagem da consulta odontológica. Esse autor também afirmou que o manejo "dizer-mostra-fazer" também se mostrou efetivo, discordando do estudo realizado por Abbasi (2021).

Quando falamos nos estudos relacionados à Ortodontia, é possível citar que segundo o estudo realizado por Patil *et al.* (2021), a comunicação é a chave para o sucesso do tratamento. Já para Baheti e Toshniwal (2014) e para Impellizzeri *et al.* (2020) a tecnologia simplificou a vida tanto do profissional quando do paciente, melhorando o planejamento, o progresso do tratamento e um melhor resultado em menos tempo.

Já os que abordaram a especialidade Gestão, os resultados encontrados foi que esses aplicativos foram bons não apenas para o dentista, como também para o próprio paciente. (Baheti; Toshniwal, 2014; Chia-Yung, 2014). Outra especialidade bastante relevante é a da

Estomatologia que através dos artigos científicos que trouxeram como foco o câncer de boca e obtiveram como resultado o aplicativo sendo um bom aliado no diagnóstico precoce (Hamad, 2022; RÊGO *et al.*, 2022).

5. CONCLUSÃO

Dentre as principais finalidades encontramos o aplicativo como aliado na busca pela educação do paciente, com foco na mudança de hábitos, bem como para os dentistas, como uma ferramenta de trabalho. Sendo assim, muito usual no dia a dia, tanto para os dentistas como para os pacientes. Porém pode se concluir que é necessária uma fiscalização sobre a qualidade de informação passada nesses aplicativos. E apesar da tecnologia ser bastante explorada nos dias atuais, ainda são poucas as pesquisas com essa temática de aplicativos direcionados para Odontologia.

REFERÊNCIAS

ABMUMIN, N.; YUSOF, Z.; MARHAZLINDA, J.; OBAIDELLAH, U. Adolescents' opinions on the use of a smartphone application as an oral health education tool: A qualitative study. **Digital health**. v.8, 2022.

ABBASI, H. *et al.* The Efficacy of Little Lovely Dentist, Dental Song, and Tell-Show-Do Techniques in Alleviating Dental Anxiety in Paediatric Patients: A Clinical Trial. **BioMed Res Internat.**, v. 2021, p.7, 2021.

ALQARNI, A. *et al.* Efficacy of a Self-Designed Mobile Application to Improve Child Dental Health Knowledge among Parents. **J Int Soc Prev Comm Dent,** v.8, n.5, p.424–430. 2018.

BAHETI, M.; TOSHNIWAL, N. Orthodontic apps at fingertips. Progress in orthodontics. **Prog Orthod,** v.15, n.1, 2014.

BOCK, A. *et al.* Effects of mobile learning on writing panoramic radiograph reports: a quasi-experimental trial in dental education. **BMC Med Educ 21**. v. 466. 2021.

CHANG, W. *et al.* Development of an intervention tool for precision oral self-care: Personalized and evidence-based practice for patients with periodontal disease. **PlosOne.** v.14, n.11, p.e0225453. 2019.

CHEN, R. *et al.* Mobile Apps for Dental Caries Prevention: Systematic Search and Quality Evaluation. **JMIR Mhealth Uhealth**, v.9, n.1, e.19958, p.1-16, 2021

CHIA-YUNG, L. *et al.* Improvements in dental care using a new mobile app with cloud services**. J Form Med Assoc,** v. 113, n. 10, p. 742-749. 2014..

DESAI, R. *et al.* Brush up": an innovative technological aid for parents to keep a check of their children's oral hygiene behaviour. **Rev Paul Ped**, v.39, p.e2020085, 2021.

GOOB, J. *et al.* First evaluation of an app to optimize and organize the processes and assessments in dental clinical courses**. BMC Med Educ**. v.22, n.872. 2022.

GRACCO, A.; DE STEFANI, A.; BRUNO, G. Influence of New Technology in Dental Care: A Public Health Perspective**. Int J Environ Res Public Health**, v. 20, n. 7, p. 5364, 2023.

HAMAD, G. Mobile Health (mHealth) Technology in Early Detection and Diagnosis of Oral Cancer-A Scoping Review of the Current Scenario and Feasibility. **J Healthcare Engin,** v. 2022, 2022.

HARSHITA, S.; BARANYA, S.; ARATHI, R. Teledentistry and its applications in paediatric dentistry: A literature review, **Pediatric Dental J**, v.31, n.3, p.203-215. 2021.

IMPELLIZZERI, A. *et al.* Dental Monitoring Application: it is a valid innovation in the Orthodontics Practice? **Clin terap**, v. 17, n.3, e260–e267, 2020.

KACZMARCZYK, K. *et al.* Oral health promotion apps: an assessment of message and behaviour change potential**. Int J Qual Health Care,** v.33, n.1, 2021.

KANOUTE, A. *et al.* Evaluation of Oral Hygiene-Related Mobile Apps for Children in Sub-Saharan Africa**. Int. J. Environ. Res. Public Health**, v. 19, ed.12565, 2022.

KHATOON, B.; HILL, K. B.; WALMSLEY, A. D. Can we learn, teach and practise dentistry anywhere, anytime? **British Dental J**, v.215, n.7, p. 345–347, 2013.

KI, J.Y. *et al.* Effect of Oral Health Education Using a Mobile App (OHEMA) on the Oral Health and Swallowing-Related Quality of Life in Community-Based Integrated Care of the Elderly: A Randomized Clinical Trial. **Int J Environ Res Public Health**, v. 18, n. 21, p. 11679, 2021.

MORAIS, E. *et al.* Serious games for children's oral hygiene education: an integrative review and application search. **Cien Saude Colet**. v.25, n.8, p.3299-3310, 2020.

PATIL, S. *et al.* Effectiveness of mobile phone applications in improving oral hygiene care and outcomes in orthodontic patients. **J Oral Biol Craniof Res.**, v. 11, n. 1, p. 26-32, 2020.

RASMUS, K. *et al.* Acceptability of a Mobile Application in Children's Oral Health Promotion—A Pilot Study. **Int. J. Environ. Res. Public Health**, v.18, ed.3256, 2021.

RÊGO, T. et al. Development and professional validation of an App to support Oral Cancer Screening**. Brazilian Dental Journal**, v. 33, n. 6, p. 44–55, nov. 2022.

SEEBALLUCK, C. *et al.* Mobile apps for oral healthcare: recommendations for navigating uncharted terrain. **British Dental J**, v.233, n.6, p.462–466, 2022.

SOUSA, C. S.; TURRINI, R. N. T. Development of an educational mobile application for patients submitted to orthognathic surgery. **Rev Latino-Am Enfermagem**, v.27, p.3143. 2019.

STEIN, C. *et al.* A prototype mobile application for triaging dental emergencies. **J Am Dent Assoc**, v.147, n.10, ed.1, p.782–791, 2016.

UNDERWOOD, B., BIRDSALL, J., KAY, E. The use of a mobile app to motivate evidence-based oral hygiene behaviour. **British Dental J**, v.219, n.4, 2015.

VELÁSQUEZ, B. *et al.* Monitoring of awake bruxism by intelligent app. **F1000Research 2022**. v.11, n.479. 20 dec 2022.

ZHANG, C. *et al.* Smartphone and medical application use among dentists in China. **BMC Med Inform Decis Mak**, v.20, n.213. 2020.

ZOLFAGHARI, M. *et al.* Development and evaluation of a gamified smart phone mobile health application for oral health promotion in early childhood: a randomized controlled trial. **BMC Oral Health**, v. 21, 2021.

CAPÍTULO 31

DETECÇÃO PRECOCE DE REAÇÕES OU RECIDIVA NA HANSENÍASE, EM PACIENTE PÓS-TRATAMENTO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA DE SAÚDE

DOI: 10.51859/amplla.gsi925.1125-31

Anísia Ferreira de Lima
Adriano Rodrigues de Souza
Virna Ribeiro Feitosa Cestari
Andrea de Souza Quintela
Iseuda Ferreira de Lima

1. INTRODUÇÃO

A hanseníase é uma doença tropical e infecciosa de evolução crônica que, embora curável, ainda permanece endêmica em várias regiões do mundo, principalmente na Índia, no Brasil e na Indonésia. Está associada à pobreza e ao acesso precário a moradia, alimentação, cuidados de saúde e educação, por isso ela é ainda uma doença negligenciada (Brasil, 2022).

No Brasil, a hanseníase ainda é considerada um importante desafio em saúde pública. É uma das doenças mais antigas da humanidade, sugere-se que a mesma teve origem como uma doença humana na África Ocidental há cerca de 100.000 anos, espalhando-se pelo mundo por meio de pessoas que migravam em rotas comerciais e também por meio do colonialismo durante o período colonial do Brasil (Brasil, 2022).

É causada pelo Mycobacterium leprae (M. leprae), um bacilo álcool-ácido resistente, de multiplicação lenta e não cultivável in vitro. As regiões norte e nordeste apresentam o menor Índice do Desenvolvimento Humano (IDH) e concentram o maior número das Doenças Tropicais Negligenciadas (DTNs). Essas doenças são consideradas negligenciadas devido à falta de investimento no desenvolvimento de novas drogas e vacinas e também pela pouca eficácia dos programas de controle (Camargo, 2008).

Com a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) e regulamentação, o PL município passa a responsabiliza-se pela rede de atenção básica de saúde, tendo como competência prestar assistência de saúde a população e a hanseníase ganha destaque junto a outras doenças crônicas. A hanseníase é uma doença de pele que apresenta transmissão através do indivíduo acometido não tratado e com alta carga bacilar, que elimina o M. leprae pelas vias aéreas superiores.

A doença cursa com neuropatias em graus variados de intensidades, causando incapacidades físicas e perdas funcionais de membros. O tratamento tem por objetivos primordiais a cura da infecção mediante a antibioticoterapia e a prevenção tanto das incapacidades físicas (por meio da detecção precoce de casos e do tratamento correto das reações hansênicas), como do comprometimento da função neurológica. Os pacientes com suspeita de hanseníase devem ser avaliados minunciosamente quanto às funções autonômicas, sensitivas e motoras dos nervos periféricos (Brasil, 2022).

A presença de incapacidades físicas visíveis no momento do diagnóstico, ao realizar o exame físico céfalocaudal principalmente olhos, nariz, mãos e pés, ou em qualquer uma destas regiões, é classificada como incapacidades de grau II, isso indica que a detecção foi tardia da doença e demanda a realização de atividades educativas sobre a hanseníase para a população. Elas refletem a qualidade do acesso ao diagnóstico, do acompanhamento dos casos durante o tratamento e pós-alta por cura. A forma multibacilar, acomete mais os membros inferiores e são os segmentos que mais apresentam evolução expressiva do grau de deficiência. As neurites são determinantes no desencadeamento de deformidades. A vigilância destas durante a poliquimioterapia e após a alta é fundamental para o tratamento precoce e prevenção de incapacidades (Santos *et al.*, 2020).

As equipes de saúde, especialmente aquelas atuantes no nível da Atenção Primária Saúde (APS), devem estar aptas a reconhecer precocemente os sinais e sintomas da doença e identificar prontamente os sinais das reações hansênicas, que podem inclusive estar presentes desde o momento do diagnóstico. A equipe deve estar capacitada para definir corretamente a classificação operacional do caso e indicar o esquema terapêutico adequado, para avaliar e monitorar a função dos nervos periféricos e orientar a prevenção das incapacidades físicas além de acompanhar corretamente a resposta terapêutica e os efeitos colaterais da poliquimioterapia (PQT) e dos medicamentos antirreacionais.

Essas ações são primordiais para a obtenção dos melhores resultados terapêuticos e o consequente impacto positivo na diminuição da carga da doença no Brasil. Dessa forma, o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) da hanseníase visa definir os critérios de diagnóstico, os tratamentos farmacológicos e não farmacológicos. A avaliação dos contatos, acompanhamento e monitoramento em pacientes acometidos pela doença, bem como os mecanismos de gestão e controle da endemia no âmbito do SUS (Brasil, 2022).

2. JUSTIFICATIVA

A capacitação dos profissionais de saúde, a ampliação das atividades de busca ativa de casos e a melhoria do acesso da comunidade aos serviços de saúde, são fatores importantes que devem ser observados. Os casos de hanseníase em menores de quinze anos de idade indicam transmissão recente, apontando para o convívio de crianças com casos de hanseníase ainda não tratados, o que constitui um importante indicador para a vigilância de contatos e o monitoramento da endemia na comunidade.

Foi justamente baseada nestas situações clínicas da hanseníase e um discreto surgimento de casos de recidivas, em menos de dez anos para que o paciente pós alta do tratamento por cura, não reinicie um novo tratamento. Essas questões apresentadas acima precisam ascender dentro da comunidade científica e civil, para que através da formação profissional, pesquisadores da ciência e população de um modo geral possam contribuir para a cura da hanseníase, detecção dos sinais clínicos precoce, evitando assim incapacidades físicas e diminuição dos casos de recidiva ou reações, bem como um futuro positivo da eliminação da hanseníase.

3. MÉTODO

Trata-se de um estudo caracterizado do tipo revisão integrativa, que possibilita uma ampla abordagem metodológica referente às revisões, permitindo a inclusão de estudos experimentais e não experimentais para uma compreensão completa do fenômeno analisado, uma revisão que combina dados da literatura teórica e empírica (SOUSA *et.al.,* 2010).

O método de revisão integrativa além de permitir a combinação de literatura, podem ser direcionados à definição de conceitos, identificação de lacunas nas áreas de estudos, revisão de teorias e análise metodológica dos estudos sobre um determinado tópico (Mattos, 2015).

A revisão integrativa é realizada em seis etapas: 1) seleção de hipóteses ou questões para revisão; 2) seleção das pesquisas que comporão a amostra da revisão; 3) definição das características das pesquisas primárias que compõem a amostra da revisão; 4) análise dos achados dos artigos incluídos na revisão; 4) interpretação dos resultados; 5) relato da revisão, proporcionando exame crítico dos achados (Mendes; Silveira; Galvão, 2008).

Nesta revisão, optou-se por seguir essas etapas. Foram utilizadas para a busca revistas indexadas, manuais do Ministério da Saúde de (2008 e 2022), Guia de Procedimentos Técnicos em Hanseníase, bem como leituras online na base de dados da SciELO (Scientific Electronic Library Online) e BVS (Biblioteca virtual de Saúde do Brasil). Para a captura dos artigos nas

bases de dados, foram empregados os descritores “Estados Reacionais e Incapacidades Físicas”, “Deficiências Posteriores a Alta” e “Gestão em Saúde”, sendo encontrados 17 artigos. Dentro deste contexto após a leitura dos resumos, foram selecionados 07, sendo 05 sobre a titulação específica e 02 em gestão. O presente estudo se deu exclusivamente pelos dados científicos existentes na literatura, nos bancos de dados públicos, de pesquisa literária científica.

4. RESULTADOS

O estudo nos permite através da literatura que ao realizarmos o acompanhamento do paciente no início do tratamento e pós-alta do tratamento em hanseníase, evitaremos sequelas e incapacidades físicas. As formas clínicas multibacilares e as neurite são determinantes no desencadeamento de deformidades. A vigilância das neurites durante a poliquimioterapia e após a alta é fundamental para o tratamento precoce e prevenção de incapacidades físicas e recidiva. O resultado desta pesquisa nos mostrou a importância do diagnóstico precoce de neuropatia, assim como da eficiente associação das intervenções medicamentosas e não-medicamentosas.

A *Reação reversa são* reativação de lesões pré-existentes, tipo placa, com sinais de inflamação aguda, tais como eritema, edema e hipersensibilidade; aparecimento de lesões novas tipo placa, com características semelhantes às anteriores; há espessamento de nervos periféricos, acompanhados de dor espontânea ou à compressão. Também pode haver aparecimento de nódulos dérmicos ou subcutâneos eritematosos, ou ainda lesões eritematosas com formação de vesículas, bolhas, evoluindo muitas vezes para ulcerações. Esses sintomas sistêmicos vão evoluindo conforme a progressão da doença, acompanhado as vezes de: febre, adenomegalia, perda de peso, artralgia, mialgia, espessamento de nervos e dor, podendo levar o profissional que faz acompanhamento desta patologia há um provável diagnóstico de recidiva ou reações hansênicas. Se esses pacientes forem acompanhados clinicamente, quanto à evolução do curso da hanseníase, poderão ser analisados melhor e avaliar sua representação clínica no espectro da hanseníase (Santos, 2017).

5. CONCLUSÃO

Portanto, o estudo realizado nos permite que ao fazer a análise de comparação no início do tratamento até o pós-alta do acompanhamento ambulatorial na atenção primária de saúde, realizada na unidade básica de saúde, evita danos para o paciente e contatos principalmente na forma multibacilar, além de quebrar a propagação do caso índice.

REFERÊNCIAS

BOLIGON, J. A. R.; GODOY, L. P.; MEDEIROS, F. S. B. Balanced Scorecard: estratégia de gestão vinculada à melhoria da qualidade organizacional. **Rev Geintec**, v. 4, n. 3, p. 1228-1243, 2014.

BONACIM, C. A. G; ARAÚJO, A. M. P. Avaliação de desempenho econômico financeiro dos serviços de saúde: os reflexos das políticas operacionais no setor hospitalar. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 16, n. 1, p. 1055-1068, mar., 2011.

CAMARGO, E.P. Doenças tropicais. **Estud. Dos Epid.**, v. 22, n.64, 2008.

CAPÍTULO 32

PROGRAMA CRESÇA COM SEU FILHO: PLANO DE AÇÃO PARA A PRIMEIRA INFÂNCIA EM UMA UNIDADE DE SAÚDE DE FORTALEZA-CE

DOI: 10.51859/amplla.gsi925.1125-32

Suellen Cavalcante de Sousa Vale
Mardênia Gomes Vasconcelos Pitombeira
Indara Cavalcante Bezerra

1. INTRODUÇÃO

Este trabalho situa-se no âmbito das políticas de saúde, no campo de projeto de intervenção de programas e serviços, tendo como foco a melhoria da primeira infância com ênfase na execução do programa cresça com seu filho em uma unidade de atenção primária de saúde da regional V de saúde de Fortaleza CE.

Este integrou o "programa cresça com seu filho". Com o método de planejamento estratégico situacional foi divido em dois momentos: elaboração do plano de ação para o processo de implantação e execução do programa cresça com seu filho na UAPS e mostra dos resultados das ações executadas.

A primeira infância é uma etapa fundamental para o desenvolvimento, em termos cognitivos, socioemocionais e físicos. A importância do investimento no desenvolvimento infantil (DI) ou políticas de primeira infância fundamenta-se em vários argumentos. O principal é o direito de todas as crianças ao desenvolvimento pleno de seus potenciais, estabelecido pela Convenção dos Direitos da Criança e pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). Além disso, os avanços da neurociência apontam que nos primeiros anos de vida o cérebro se desenvolve muito rapidamente e é muito sensível aos cuidados e estímulos (Brasil, 2016).

O cresça com seu filho é um Programa que atende crianças de 0 a 3 anos de idade, através de visitas domiciliares e está dentro da Estratégia da Saúde da Família, realizado pelos agentes comunitários de saúde, através de atividades que visam a prática de estímulo ao desenvolvimento da primeira infância a partir de um trabalho em rede intersetorial.

Tem o objetivo estimular o desenvolvimento na primeira infância, uma vez que, nesta fase há elevada plasticidade cerebral o que significa uma maior capacidade de transformação do cérebro devido aos estímulos e experiências vivenciados. Às habilidades desenvolvidas

neste início serão fundamentais para o desenvolvimento de habilidades mais complexas em fases posteriores da vida. O Programa visa o estímulo do vínculo afetivo entre o cuidador principal e a criança, uma vez que, a condição socioemocional da criança marcada pela qualidade das relações com pais e educadores, é fundamental para a formação de um melhor cidadão.

O Programa se propõe a estimular o vínculo afetivo entre cuidador principal e criança, visando o desenvolvimento da criança, já que a primeira infância constitui um momento fundamental para o desenvolvimento do ser humano, uma vez que, nessa etapa da vida são moldados diversas habilidades, necessárias para a tomada de decisões e o domínio sobre o comportamento, as funções executivas devem ser desenvolvidas desde a primeira infância para que individuo possa ter controle da sua própria vida posteriormente e assumir responsabilidades.

A assistência à saúde da criança é uma atividade de fundamental importância em função da vulnerabilidade do ser humano nessa fase do ciclo de vida, onde por meio do acompanhamento da criança saudável e ações educativas, espera-se reduzir a incidência de doenças, aumentando suas chances de crescer e desenvolver-se para alcançar todo seu potencial.

É sabido que quanto melhor for à qualidade da orientação prestada, maior será a adequação para participar do programa cresça com seu filho, satisfação, aceitabilidade e continuidade com o propósito do programa, portanto é necessário ampliar a conscientização de todos os envolvidos para que o programa possa acontecer em sua integralidade.

O Programa Cresça Com Seu Filho sustenta-se nos pressupostos teóricos do ciclo de vida da Primeira Infância e dos avanços da neurociência, que indicam a importância do papel desempenhado pela mãe/pai/cuidador (a) principal, como sendo fundamental para reduzir a mortalidade infantil, a desnutrição e capaz de favorecer um cuidar baseado na interação positiva entre mãe e filho. Desta forma essa temática é de muita relevância para ser abordar como prioridade pela estratégia da saúde da família.

Baseado na necessidade de implementar as ações do programa na regional V e como gestora da unidade, nos propulsemos a relatar os passos da implementação do projeto desta unidade. Já que o programa cresça com seu filho, passou ser uma política de incentivo da primeira infância na gestão municipal.

Estruturado nas metodologias e conceitos do programa primeira infância e focado na necessidade de implementar o programa na UAPS da regional V, passamos a nos perguntar: Como organizar e estruturar a implantação do programa cresça com seu filho? Que plano se

deve estruturar? Que resultados esperar? Com base nestes questionamentos, tem-se como objetivo descrever o plano de ação sistematizado para primeira infância em uma UAPS de Fortaleza CE.

2. MÉTODO

O presente estudo trata de um estudo descritivo, realizado no ano de 2018, em uma UAPS no município de Fortaleza CE após a realização do Planejamento Estratégico Situacional (PES), de implementação o programa cresça com seu filho. O PES é uma prática gerencial em saúde coletiva. Este representa uma ferramenta que favorece a exploração das possibilidades e escolha de ações para atingir determinado objetivo (Paixão, 2014).

O estudo foi desenvolvido no município de Fortaleza em uma Unidade de Atenção Primária à Saúde (UAPS) da regional V, situada no bairro no grande Bom Jardim. A UAPS, conta com 05 equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), com atendimentos aos programas de saúde da criança, adulto e idoso, puericultura, pré-natal, prevenção e promoção da saúde, atendimento clínico, imunização, realização de exames, encaminhamentos para atenção secundária / especializada.

Ao ano de 2018 a unidade de saúde contava com três profissionais médicos das cinco, equipes de saúde e três dentistas finalizando o ano com apenas duas profissionais médicas do Programa Mais Médico do Brasil. É unidade sede para equipe Núcleo de Assistência à Saúde da Família (NASF) e possui um médico pediatra nas realizações das atividades do PSE por extenso e realiza atendimento de triagem neonatal uma vez ao mês na unidade, com avaliação do teste do pezinho, olhinho e do ouvido.

A unidade de saúde caracteriza-se por um grande fluxo de demanda devido uma superpopulação em condições de vulnerabilidade social e dependentes do Sistema Único de Saúde (SUS). Tem localização favorável para um bom acesso da população na unidade, tende a atraí população de fora de sua área de abrangência, principalmente, nas áreas de saúde de grupos prioritários (gestantes, crianças, idosos e usuários com doenças infectocontagiosas).

3. RESULTADO

O trabalho em atenção primária depende dos diversos atores envolvidos no processo requerendo uma sintonia, coordenação e avaliação das atividades integral. Para sua realização deve-se priorizar um processo de trabalho articulado entre todos os atores envolvidos, com prioridade aos usuários adstritos no território.

Neste trabalho foi utilizado o método da estimativa rápida, considerado ideal na obtenção de informações sobre um conjunto de problemas e os recursos necessários para enfrentá-los em curto período de tempo, além de ser de baixo custo em um território. Assim o método é uma importante ferramenta para propiciar o processo de planejamento e tem como principal objetivo envolver a população na identificação das suas necessidades, problemas e os demais atores do processo (atores sociais - autoridades municipais, organizações governamentais e não governamentais; organizações religiosas; escola e outros), além dos gestores ou controladores dos recursos para o enfrentamento dos problemas (Campos, 2010).

3.1. Primeiro passo: definição dos problemas

Um problema pode ser definido como a discrepância entre uma situação real e uma situação ideal ou desejada. Entretanto, uma situação só é problematizada quando um ator a define como inaceitável, e ao mesmo tempo, como passível de ser transformada na direção desejada. Portanto pode ser entendido como um obstáculo, que impede determinado ator de alcançar seus objetivos (Campos, 2010).

Dentre os problemas levantados, identificou-se: elevada população na faixa etária da primeira infância (0-6 anos), superpopulação em área de vulnerabilidade social com usuários dependentes do Sistema Único de Saúde, equipes de saúde da família incompletas, principalmente, por dentistas e médicos, alta incidência de hipertensão arterial sistêmica (HAS) e diabetes mellitus (DM), área considerado endêmica para tuberculose e hanseníase, alta prevalência de adolescentes grávidas e violência no território.

Também foi discutida a ausência de contra referência de pacientes encaminhados para especialidades dentro ou fora do município, deficiência na comunicação dentro da própria equipe e com os demais setores da saúde dentro do município, consumo indiscriminado de benzodiazepínicos e similares e necessidade de melhoramento na execução do programa cresçam com seu filho.

Os problemas elencados nesse estudo têm similaridades com os que Paixão (2014), encontrou em seus estudos, registrando as enfermidades identificadas na área de abrangência e foi observada a alta prevalência de adolescentes grávidas e a falta de um planejamento familiar, hipertensão arterial sistêmica (HAS) e diabetes mellitus (DM), abuso de psicotrópicos e violência. Esses dados foram levantados por meio dos registros da unidade, entrevistas durante as consultas e observação ativa na comunidade.

3.2. Segundo Passo: Priorização dos problemas sugiro que só coloque na tabela I os problemas relacionados com a primeira infância.

O Quadro 1 demonstra a classificação de prioridades para os problemas identificados no diagnóstico da UAPS de Fortaleza-CE e foi selecionado a necessidade de melhoria a adesão ao programa cresça com seu filho para que se elabore o plano de ação para o enfrentamento do problema.

Não descartando a importância dos demais, dificilmente, seria possível a equipe conseguir resolver todos os maiores problemas ao mesmo tempo, pois, envolve recursos financeiros, humanos, educação permanente, materiais e equipamentos na unidade à disposição da equipe. A planilha foi construída e os problemas identificados, analisados e selecionados quanto à prioridade de acordo com os seguintes critérios:

Valores: alto, médio ou baixo para a importância do problema. De acordo com a urgência em resolver o problema foram distribuídos pontos e foi definida a capacidade de enfrentamento pela equipe. Finalmente foram enumerados os problemas por ordem de prioridade a partir do resultado da aplicação dos critérios de seleção.

Quadro 1 – Classificação de prioridades para os problemas identificados na UAPS de Fortaleza CE.

Principais problemas	Importância	Urgência	Capacidade de enfrentamento	Seleção
Linha de cuidado as crianças na primeira infância com ênfase no programa Cresça com seu filho devido à grande população vulnerável na faixa etária da primeira infância (0-6 anos) necessidade de melhoramento na execução do programa e acompanhamento na primeira infância.	Alta	10	Completa	1
Alta prevalência de adolescentes grávidas	Alta	07	Parcial	2
Alta prevalência hipertensão arterial sistêmica (HAS) e diabetes mellitus (DM)	Alta	07	Parcial	3
Área endêmica para Tuberculose e Hanseníase	Alta	05	Parcial	4
Equipes incompletas principalmente por dentistas e médicos	Alta	05	Fora	5
Violência no território	Alta	03	Fora	6

Fonte: Elaboração própria.

3.3. Terceiro Passo: Descrição do problema

A unidade de saúde está situação em um bairro de baixo IDH, com vulnerabilidade social e grande público para a primeira infância. A problemática foi eleita como prioridade devido à capacidade de enfrentamento ser totalmente exequível pelos profissionais da ESF, assim como possuem um aparato municipal que dar prioridade a política da primeira infância com que

chama a atenção por suas práticas inovadoras de visitação pelos ACS ao realizarem o programa cresça com a supervisão direto do profissional enfermeiro da ESF.

Em um tempo de profunda crise econômica e política como o que o Brasil atravessa é fundamental que temas como a atenção à primeira infância não sejam colocados em segundo plano. Ao contrário, o momento atual é ideal para que a sociedade se mobilize e reivindique a atenção a princípios e prioridades fundamentais que devem orientar a gestão pública e o uso dos recursos públicos, entre os quais certamente se inclui a proteção integral e integrada à primeira infância.

Quadro 2 - Quantidade geral de crianças de 0 -6 anos de idade.

Programa: CRIANÇA / ADOLESCENTE (Contagem: 1922)
Classificação: ALTO RISCO (Contagem: 304)
Classificação: BAIXO RISCO (Contagem: 1477)
Classificação: MEDIO RISCO (Contagem: 15)
Classificação: RISCO GRUPO I (Contagem: 3)
Classificação: SEM RISCO (Contagem: 123)

Fonte: Elaboração própria.

Quadro 3 - Quantidade de crianças por faixa etária de 0-6 anos.

Programa: CRIANÇA / ADOLESCENTE (Contagem: 1922)		
Classificação: ALTO RISCO (Contagem: 304)		
Idade: 0 (Contagem: 43)		
Idade: 1 (Contagem: 63)		
Idade: 2 (Contagem: 84)		
Idade: 3 (Contagem: 73)		
Idade: 4 (Contagem: 25)		
Idade: 5 (Contagem: 11)		
Idade: 6 (Contagem: 5)		
Classificação: BAIXO RISCO (Contagem: 1477)		
Idade: 0 (Contagem: 253)		
Idade: 1 (Contagem: 300)		
Idade: 2 (Contagem: 319)		
Idade: 3 (Contagem: 302)		
Idade: 4 (Contagem: 172)		
Idade: 5 (Contagem: 86)		
Idade: 6 (Contagem: 45)		
Classificação: MEDIO RISCO (Contagem: 15)		
Idade: 0 (Contagem: 4)		
Idade: 1 (Contagem: 6)		
Idade: 2 (Contagem: 1)		
Idade: 3 (Contagem: 2)		
Idade: 5 (Contagem: 1)		
Idade: 6 (Contagem: 1)		
Classificação: RISCO GRUPO I (Contagem: 3)		
Idade: 4 (Contagem: 3)		
Classificação: SEM RISCO (Contagem: 123)		
Idade: 3 (Contagem: 35)		
Idade: 4 (Contagem: 66)		
Idade: 5 (Contagem: 20)		
Idade: 6 (Contagem: 2)		

Fonte: Elaboração própria.

3.4. Quarto passo: Desenho das operações para enfrentamento dos nós críticos

Quadro 4 – Desenho das operações para enfrentamento dos nós críticos.

NÓ CRÍTICO	OPERAÇÃO	RESULTADOS ESPERADOS	PRODUTOS	RECURSOS NECESSÁRIOS
Falta de orientação e articulação da equipe para a realização das visitas.	Discussão em reunião de equipe para capacitação sobre a relevância da execução do projeto cresça com seu filho. Utilizar o momento de realização do bolsa família na Uaps para informa sobre o programa cresça com seu filho.	Que toda a equipe de trabalho esteja engajada na realização do projeto.	Orientação educacional; Vídeos	Data show, computador, papeis;
Processo de trabalho da Equipe de Saúde da Família inadequado para enfrentar o problema.	Parametrização das agendas com horas definidas para monitoramento/execução do programa cresça com seu filho; Um enfermeiro para dar suporte ao programa;	Rotina de atendimento das visitações como preconizadas no instrumento de visitação pelo programa;	Dinâmica de trabalho estabelecida	Sala de reuniões para discussões sobre como elaborar uma agenda de atendimento para crianças;
Nível de informação dos pais.	Sensibilizar e Aumentar o nível de informação dos pais sobre a importância do programa cresça com seu filho para a saúde das crianças e a relevância das atividades realizadas na primeira infância.	Pais mais esclarecidos sobre a importância do programa;	Sala de espera na unidade ao dias de atendimento com o público-alvo; Esclarecimento nas visitas domiciliar;	Financeiro – aquisição de panfletos e vídeos educativos. Profissionais da saúde. Organizacional em todas as atividades;
Aceitação do profissional ACS para realização das visitações.	Melhorar as condições da execução das visitas de forma a adequar para produtividade devida o tempo para realização da visita como preconizada em instrumento do programa;	Garantia dos instrumentos e equipamentos necessários a realização/avaliação/ das visitas para as crianças;	Capacitação dos membros da equipe de saúde.	Políticos decisão de recursos financeiros para estruturar a produtividade; Financeiros aquisição de instrumentos e equipamentos necessários à visitação; Organizacional – todas as atividades.

Fonte: Elaboração própria.

3.5. Quinto passo: Recursos críticos

Quadro 5 – Recursos Críticos.

Operação	Recurso crítico
Saber Mais – Cuidar Melhor	Cognitivo: mudança de hábitos de vida Auxilio da gestão local Organização das agendas da equipe.
Linha do Cuidado	Acompanhamento de qualidade das crianças na primeira infância;

Fonte: Elaboração própria.

3.6. Sexto Passo: Viabilidade

Quadro 6 – Viabilidade do plano de ação.

Operações/ Projetos	Recursos críticos	Ator que controla	Motivação	Ação Estratégica
Saber mais Cuidar Melhor.	Cognitivo: Mudança no cuidado pelo cuidador principal para com a primeira infância;	Equipe de saúde Usuários Educação, cultura, lazer. Ação Social.	Favorável	Palestras na UAPS, comemoração de datas festivas como dias das mães, das crianças com animações em seguida roda de experiências;
Linha do Cuidado	Acompanhamento através do monitoramento das visitas	Equipe de Saúde e supervisores da cresça.	Favorável	Promover atividade coletiva com cuidadores

Fonte: Elaboração própria.

3.7. Visitas programadas

Ao ano de 2018 a UAPS contava com 16 Agentes Comunitários de Saúde realizando o programa cresça com seu filho, 5 enfermeiros capacitados realizando a supervisão local e 1 enfermeiro de suporte as demandas das unidades para que suprir a carga horária dos enfermeiros que estavam realizando o programa Cresça com seu filho (Tabela 1).

Tabela 1. Visitas mensais aos meses de 2018

Mês	Visitas
Janeiro	202
Fevereiro	149
Março	182
Abril	180
Maio	230
Junho	238

Mês	Visitas
Julho	241
Agosto	258
Setembro	280
Outubro	309
Novembro	265
Dezembro	288
Total	2.822

Fonte: Elaboração própria.

Para além do quantitativo das visitas realizadas estivemos como resultados positivos para a atenção a saúde da criança após a linha de cuidado com o plano de ação:

- ✓ Profissionais da ESF sensibilizados para a atenção da assistência de qualidade á saúde da criança desde primeiro contato com a equipe seja na visita puerperal, na sala de vacina e nas primeiras consultas de acompanhamento de crescimento e desenvolvimento e para a continuidade da assistência prestada;
- ✓ Eventos comemorativos na UAPS dia das mães, das crianças voltadas para os participantes do programa cresça com seu filho. (Organizado e custeado pelos profissionais da UAPS);
- ✓ Criação do grupo Saúde Mental para Crianças e aconselhamento para problemas de saúde mental;
- ✓ Fortalecimento das informações do programa Cresça com seu Filho no momento de acompanhamento de saúde com o Programa Bolsa Família;
- ✓ Grupo de gestante;
- ✓ 1 profissional médico e 1 enfermeira (Foi replicadora de informações para ACS) treinados para o PROAICA – com atenção especial para abordagem das doenças respiratórias;
- ✓ Orientações sobre nutrição ou dieta, programa de suplementação nutricional com profissional de nutrição equipe NASF;
- ✓ Orientações sobre as mudanças no crescimento e desenvolvimento da criança;
- ✓ As ações informativas sobre a importância dos cuidados na saúde da criança fortaleceram o vínculo da população adscrita à ESF, com o objetivo das mães/responsáveis identificarem o serviço como referência na atenção à saúde da criança.
- ✓ Vacinação;

- ✓ Avaliação da saúde bucal;
- ✓ Planejamento familiar;
- ✓ Aconselhamento e solicitação de testagem rápida.

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

ÁREA TÉCNICA DA SAÚDE DA CRIANÇA

PLANO DE AÇÃO PARA PRIMEIRA INFÂNCIA – 2018

AÇÃO PROPOSTA: Fortalecimento e Qualificação da Assistência para primeira infância. (Elaboração Abril 2018)

RESULTADO ESPERADO: 100% dos profissionais direcionando suas atividades pelas Diretrizes Cínicas da Criança, com viabilidade para os direcionamentos propostos pela mesma.

Atividades necessárias	Estratégia	Responsável	Prazo	Recursos Necessários	Observações
Realizar treinamento com os médicos, enfermeiros, dentistas, NASF e ACS para sensibilização e implementação das Diretrizes Clínicas da Criança (DCC).	Planejar ação junto às equipes a partir de reunião na UAPS construindo cronograma de treinamento com temática específica.	SMS/COGETS Técnica da Saúde da Criançada CORES V	2 meses	Auditório, data show, papel ofício, pincel, Diretrizes Clínicas.	A partir da reunião de gestores já instituída
Garantir o agendamento da consulta de puericultura, nas UAPS, por ocasião da última consulta PN (a partir da DPP)	Planejar ação junto às equipes a partir de reunião na UAPS readequando as agendas dos profissionais.	Profissional médico, enfermeiro e/ou profissionalem atenção à gestante na UAPS/profissionais do NAC	Imediato	Computador	A partir da reunião de equipes de ESF já instituída
Implementar a captação de crianças para consulta de puericultura durante a ida do RN para realização do teste do pezinho (nos primeiros 15 dias de vida). Caso não esteja agendada.	Realizar reunião com técnicas de enfermagem da sala de acolhimento para iniciar a captação e direcionamento da criança ao NAC.	Técnica que atua na realização do teste do pezinho	Imediato	Computador	Em cada unidade, a partir da realidade local
Realizar a captação de crianças para consulta de puericultura a partir da sala de imunização.	Realizar reunião com técnicas de enfermagem da sala de vacina para iniciar a captação e direcionamento da criança ao NAC.	Técnica que atua na imunização	Imediato	Computador	Em todos os setores da UAPS

Atividades necessárias	Estratégia	Responsável	Prazo	Recursos Necessários	Observações
Sensibilizar todos os profissionais para utilização bem como no registro das ações realizadas no cartão da criança.	Planejar ação junto às equipes a partir de reunião na UAPS destacando a importância desse registro.	Profissional que está na capacitação das DCC	2 meses	Cartão da criança, caneta, lápis, caneta	Compromisso de todos os profissionais de nível superior
Estruturar o fluxo, com ofertas de vagas, nas referências regionais (HDGMJW e HNSC) para crianças que necessitem de encaminhamento para outros níveis de atenção.	Planejar ação junto às equipes a partir de reunião na UAPS definindo fluxo para encaminhamento e interlocução de vagas pela regulação.	CORES V, SMS	1 mês	Pactuação c/ serviços intermediários	Interdisciplinaridade com outros setores na SMS
Requalificar o ACS para o incentivo ao AME e cuidados gerais com RN.	Instituir cronograma de Educação Permanente na UAPS com temáticas relativas.	Enfermeiros, profissionais NASF e/ou Técnica da Saúde da Criança CORES V, COGETS	2 meses	Local adequado, caneta, papel ofício, pincel, folders, álbum seriado	Interdisciplinaridade com outros setores na SMS/CORES V
Criação e implementação do grupo de gestantes da UAPS por profissionais das equipes de ESF	Planejar ação junto às equipes de ESF a partir de reunião na UAPS destacando a importância dos grupos para atendimento compartilhado, construindo cronograma com temáticas e períodos.	Profissionais das equipes de ESF, gestor local, NASF, acadêmicos das Instituições de Ensino Superior (IES)	1 mês	Lápis, caneta, papel madeira, data show, carro, folders, álbum seriado, etc	Compromisso de todos os profissionais de nível superior
Sensibilizar os gestores para importância do pré-natal (PN) de qualidade e sua correlação com a diminuição da MMI.	Planejar ação junto às equipes a partir de reunião na UAPS construindo cronograma de treinamento com temática específica.	Coordenadora Regional e Articuladora da Atenção Primária à Saúde (AAPS)	Imediato	Data show, cadeiras, pauta	A partir da reunião de gestores já instituída

Atividades necessárias	Estratégia	Responsável	Prazo	Recursos Necessários	Observações
Instituir a vaga zero para o agendamento do pré-natal.	Planejar ação junto às equipes a partir de reunião na UAPS readequando as agendas dos profissionais.	Gestor de cada unidade	Imediato	Data show, cadeiras, pauta	A partir da reunião de gestores já instituída
Estabelecer fluxo, prioritário, da gestante dentro da unidade de saúde em todos os setores.	Planejar ação junto às equipes a partir de reunião na UAPS readequando as agendas dos profissionais.	Gestor de cada unidade e equipes de saúde	Imediato	POP's, lei de garantia da prioridade	Em cada unidade, a partir da realidade local
Organizar as agendas de modo a possibilitar instalações adequadas à realização do PN.	Planejar ação junto às equipes a partir de reunião na UAPS readequando as agendas dos profissionais.	Gestor de cada unidade e equipes de saúde	Imediato	Computador, formulário de parametrizaçã o das agendas	Em cada unidade
Organizar kit com material necessário ao desenvolvimento da consulta PN.	Planejar ação junto às equipes a partir de reunião na UAPS.	Gestor de cada unidade e equipes de saúde	Imediato	Sonar, gel, gestograma, fita métrica p/medida da altura uterina, papel toalha	De modo que o número de profissionais em atendimento PN não seja superior ao número de equipamentos existentes
Sensibilizar e capacitar os médicos, enfermeiros, dentistas e NASF para implementação das Diretrizes Clínicas da Gestante (DCG).	Planejar ação junto às equipes a partir de reunião na UAPS construindo cronograma de treinamento com temática específica.	SMS/COGETS Técnicos CORES V	2 meses	Auditório, data show, papel ofício, pincel	Sugere-se que a capacitação dos profissionais médicos seja realizada pela SMS
Aumentar a oferta de vagas para Ultrassonografia Obstétrica pelo INISUS Web.	Planejar ação junto às equipes a partir de reunião na UAPS.	SMS pactuação	1 Mês	Pactuação c/ clínicas	Pactuação junto à equipe de regulação e com outros níveis de atenção garantindo os exames.
Aumentar o acesso das gestantes aos exames de rotina PN.	Planejar ação junto às equipes a partir de reunião na UAPS.	SMS pactuação/ISGH	1 Mês	Pactuação c/ laboratórios	Pactuação junto à equipe de regulação e com outros níveis de atenção garantindo o agendamento.
Aumentar a oferta de vagas para o PN de ALTO RISCO.	Planejar ação junto às equipes a partir de reunião na UAPS.	SMS pactuação	1 Mês	Pactuação c/ serviços terciários	Pactuação junto à equipe de regulação e com outros níveis de atenção garantindo o agendamento.

Atividades necessárias	Estratégia	Responsável	Prazo	Recursos Necessários	Observações
Promover o acesso das gestantes ao PN de RISCO INTERMEDIÁRIO, nas maternidades regionais.	Planejar ação junto às equipes a partir de reunião na UAPS.	CORESV/SMS/ Maternidades	1 Mês	Pactuação c/ serviços intermediários	Pactuação junto à equipe de regulação e com outros níveis de atenção garantindo o agendamento.
Criação e implementação do grupo de gestantes da UAPS por profissionais das equipes de ESF	Planejar ação junto às equipes de ESF a partir de reunião na UAPS destacando a importância dos grupos para atendimento compartilhado, construindo cronograma com temáticas e períodos.	Profissionais das equipes de ESF, gestor local, NASF, acadêmicos das Instituições de Ensino Superior (IES)	1 mês	Lápis, caneta, papel madeira, data show, carro, folders, álbum seriado, etc	Compromisso de todos os profissionais de nível superior
Realizar a capacitação para o telessaúde para as unidades.	Planejar ação junto às equipes e CORES V o cronograma de capacitação.	SMS, CORES V e COGETS	A definir	Computador e acesso	A partir da reunião de gestores já instituída
Estabelecer reunião trimestral para apresentação dos dados epidemiológicos, aos gestores, sobre a MMI da UAPS	Planejar ação junto às equipes de ESF a partir de reunião na UAPS.	CORES V, Técnica da Epidemiologia, equipes de ESF	Abril/18	Data show, boletins	A partir da reunião de gestores já instituída

Fonte: Elaboração própria.

4. DISCUSSÃO

Buscamos nas leituras fundamentos teóricos que permitissem demonstrar uma linha de cuidado para a primeira infância com ênfase no programa cresça com seu filho, esta temática passa pelos cuidados com as crianças na primeira infância desde a troca de afeto, pelo brincar e incorpora o sentido humano desses gestos. Nesse sentido concordamos com Laurindo (2015) quando diz que o cuidar é um gesto humano sofisticado, direcionado e específico porque diz respeito à importância das relações humanas para a constituição do sujeito, à importância das relações corporais, do toque, do carinho, para o desenvolvimento do ser humano em geral, principalmente dos bebês, e à importância do adulto como modelo e mediador da aquisição das linguagens pela criança.

Os cuidados na primeira infância trazem para a ESF um desafio voltado ao eixo estrutural no que tange na busca pela integralidade ao cuidado da criança na atenção primaria em saúde. É importante levantar todos os paradigmas que interferem nesta atenção de maneira eficaz, atentando-se para a linha do cuidado integral a este público alvo. Há uma ressalva aos desafios que são encontrados nesta assistência, levando aos profissionais de saúde, atualizar-se e ter como norteamento dos fatores de grande relevância que se atente para estes cuidados na primeira infância na atenção primaria. Faz-se importante conhecer os aspectos do público assistido.

Ressaltamos que o cuidado com a criança na primeira infância, precede de um conceito visionário de proteção e promoção da saúde deste público, quebrando barreiras existentes tais como: difícil acesso, condições socioeconômicas e sanitárias, dentre outras. Por esta razão a ESF se faz tão importante na presença deste cuidado, pois os profissionais podem detectar os déficits existentes e baseados nas políticas do SUS obviamente propor medidas solucionadoras.

Em acordo com Alves (2018), acreditamos que seja possível romper com as discrepâncias educacionais e sociais, ensejando o melhor início de vida às crianças, começando pela gestação, com melhores condições de desenvolvimento e maior igualdade de oportunidades.

Há consenso na noção de que o investimento na Primeira Infância é imprescindível, tendo em vista indicativos de que, quanto mais cedo uma intervenção for iniciada, melhores serão os resultados para a criança e sua família.

As concretudes dos objetivos desse trabalho se materializam pois houve um esforço em priorizar a criança em todas as discussões político-institucionais, inclusive de planejamento e orçamento, mediante abordagem intersetorial, interdisciplinar e visão mais abrangente dos direitos e interesses da criança em acordo coma política municipal que preconiza investimentos na primeira infância. Nesse sentido, os resultados deste estudo apontam determinados aspectos a serem observados, e que possam ser refletidos e postos em prática pelos entes públicos e a sociedade interessada.

O estudo diz respeito a uma realidade local, sendo limitada sua abrangência, porém, podem contribuir para reflexão em realidades semelhantes. Essas reflexões podem apontar caminhos para que o Programa Cresça com seu filho se torne de fato uma ação imprescindível no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento das crianças e integrador das atividades de atenção à criança.

É necessário relatórios de gestão local nas Uaps para avaliação e diagnóstico do programa Cresça com seu filho como política pública municipal e disseminação da informação

para a equipe como forma de monitoramento para melhoria da execução do programa. Visto a relevância da execução do programa que têm impacto no desenvolvimento infantil.

O plano de ação apresentado aponta que os resultados alcançados até aqui indicam que a experiência merece ser replicada. A proposta metodológica do estudo foi inspirada nas práticas de facilitação interativa propostas no curso de Especialização em Processos de Gestão na Atenção à Saúde (2017-2019) com coordenação pedagógica pela Escola de Saúde Pública do Ceará em parceria com Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza CE.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Concluo não com o caráter de finalização, de fechamento, mas outros questionamentos abriram-se. Reitero que muitas aprendizagens foram possíveis, tanto em relação ao tema, quanto à conclusão do curso. Mas, é partir do prosseguimento de meus estudos que pretendo encontrar novas respostas e possivelmente novas dúvidas, pois sabemos que em nossa práxis o saber encontra-se na posição de não sabido, na busca constante do saber.

REFERÊNCIAS

ALVES, S.S. **Percepções maternas sobre as visitas domiciliares em um programa de fortalecimento da primeira infância em Fortaleza, Ceará.** 2018. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Medicina, Mestrado Profissional em Saúde da Mulher e da Criança, Fortaleza, 2018.

BRASIL. 2017. **Programa Criança feliz:** a intersetorialidade na visita domicilar. Edição, 2017 - Brasília/DF.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.130, de 5 de agosto de 2015.** Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, Df, 2015. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1130_05_08_2015.html>. Acesso em: 15 jan. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Síntese de evidências para políticas de saúde:** promovendo o desenvolvimento na primeira infância / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Ciência e Tecnologia. – Brasília: Ministério da Saúde, 2016. 64 p.

CAMPOS, F. C. C.; FARIA H. P.; SANTOS. M. A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. NESCON/UFMG - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. 02 ed. Belo Horizonte: NESCON/UFMG, 2010

LAUDINDO, A.S.S. **Os bebês de 0 a 3 anos em creches: o cuidado que educa.** Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Faculdade de Educação da UNICAMP, para obtenção do título de Licenciado em Pedagogia. Campinas, São Paulo, 2015.

PAIXÃO, D.R. **Plano de Ação para Planejamento Familiar na Atenção Básica de Saúde.** Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Atenção Básica em saúde da Família) - Universidade Federal de Alfenas, Campos Gerais, Minas Gerais, 2014.

SILVA, E.S.A.; PAES, N.A. Programa Bolsa Família e a redução da mortalidade infantil nos municípios do Semiárido brasileiro. Ciênc Saúde Coletiva, v.24, n.2, 2019.

CAPÍTULO 33

TECNOLOGIAS APLICADAS AOS SERVIÇOS DE GESTÃO DE ENFERMAGEM: REVISÃO INTEGRATIVA

DOI: 10.51859/amplla.gsi925.1125-33

Juliana Campos da Silva
Virna Ribeiro Feitosa Cestari
Mardênia Gomes Vasconcelos

1. INTRODUÇÃO

O cenário mundial repercute a era das tecnologias digitais, cujo as quais estão sendo rapidamente proliferadas e consideradas a base para o desenvolvimento das organizações. Quanto maior a inovação tecnológica que um serviço pode ofertar, maior a força de propagação na sociedade (Martins *et al.*, 2020). Na área da saúde não é diferente; a percepção das tecnologias inseridas nas unidades assistenciais deve ultrapassar as visões simplistas, posto que exige dos profissionais cada vez mais qualificação e habilidades para com o manuseio das diferentes ferramentas e por sua vez novos conhecimentos.

Nesse sentindo, o saber da utilização de tecnologias deve estar atrelado a gestão da qualidade somado a concepção de novos conhecimentos, garantindo desta forma o engajamento da equipe com os objetivos e metas pactuadas, mesmo diante dos percalços encontrados, mas que contribuam para transformações no processo de trabalho.

O enfermeiro gestor deve atuar visando a melhoria continua dos serviços para qual gere o serviço, viabilizando a otimização de respostas da equipe frente aos processos assistências, atuando de forma a estimular o desenvolvimento das competências dos liderados (Martins *et al.*, 2020).

No decorrer dos anos, cada vez mais as tecnologias de ponta estão ganhando espaço nas pesquisas no âmbito da saúde. Neste contexto, insere-se, a exemplo na China e Alemanha, uso de ferramentas como BI- dashboard, inteligência artificial e big data, por meio da tecnologia WLAN, ao fomentar plataformas de gestão de enfermagem possibilitando visualização de indicadores e eventos de enfermagem (Chen *et al.*, 2021).

As tecnologias influenciam diretamente no modo de fazer gestão e por conseguinte no cuidar. Desta feita, a produção tecnológica voltadas para gestão deve ser voltada para a resolutividade, ser acessível e principalmente promover comunicação entre as equipes.

O gestor de enfermagem uma vez, dominando as tecnologias usadas no âmbito da organização em que faz parte, pode encontrar um grande aliado para gestão de qualidade. Neste sentindo, justifica-se este trabalho como uma forma de buscar na literatura maiores informações sobre tecnologias que propiciem uma maior variabilidade de resultados de modelos que possam ser usados para apoiar a tomada de decisões por gerentes de enfermagem em vários ambientes de saúde.

Isto posto, faz-se necessário ampliar o conhecimento cientifico acerca das tecnologias voltadas para gestão de enfermagem. Para tanto, este estudo foi realizado com o objetivo de descrever as tecnologias aplicadas aos serviços de gestão de enfermagem.

2. MÉTODO

2.1. Tipo de estudo

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura (RIL), que viabiliza ao pesquisador explorar e obter um maior percentual e aprofundamento sobre os conhecimentos a cerca de uma determinada temática. Permite, ainda, sintetizar os estudos publicados proporcionando compreensões e conclusões da temática estudada (Moher *et al.*, 2009).

2.2. Estratégia de busca

A questão de pesquisa foi estabelecida de acordo com a estratégia PICo, na qual "P" teve como correspondente população/problema (Enfermeiras Chefe/ gestor de enfermagem), "I" o fenômeno de interesse (tecnologias) e "Co" contexto do estudo (Supervisão de Enfermagem e gestão de enfermagem). Diante disso, surgiu a indagação norteadora: quais as evidencias de produção cientifica sobre uso de tecnologias aplicadas aos serviços de gestão de enfermagem?

Os descritores usados, em português, inglês e espanhol, foram selecionados do Banco de Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e do Medical Subject Headings (Mesh), a fim de ampliar a sensibilidade de busca. No DeCS foram selecionados: Tecnologia, Tecnologia da Informação, Aplicativos Móveis, Software, Serviço Hospitalar de Enfermagem, Serviços de Enfermagem, organização e Administração, Supervisão de Enfermagem, Gestão em Saúde, Gestão de Recursos Humanos, Administração de Serviços de Saúde. Já no MESH: Nurse Administrators, Technology, Information Technology, Mobile Applications, Software, Nursing Service, Hospital, Nursing Services, Organization and Administration, Nursing, Supervisory, Health Management, Personnel Management, Health Services Administration

Para auxilio e como forma de ampliação da busca, foram usados termos não controlados, ou seja, palavras-chaves em português, espanhol e inglês: enfermeiras chefe, gestores de

enfermagem, gestor de enfermagem, enfermeiro gestor, nurse managers, nurse managers, nurse management, nursing management, lider de enfermagem, nursing leader, gestora enfermeira, jefa de unidad de Enfermería, responsable de Enfermería, coordinadora de Enfermería, enfermera gerente, web site, daschboard, sites de equipe, microsoft sharepoint, tecnologias da informação e comunicação, apps móveis, aplicativos para dispositivos móveis, ferramentas de software, programas de computação, programas para computadores, suporte lógico de um sistema informático, tecnología, tecnología de la Información, aplicaciones móviles, programas Informáticos, gestão da assistência de enfermagem, gestão de enfermagem, gerenciamento de enfermagem, gestão de pessoas no setor de saúde, gestão de pessoas na área de saúde, gerência de serviços de saúde, supervisión de Enfermería, servicio de enfermería en hospital, la gestión de enfermeira.

2.3. Coleta de dados

A busca da literatura ocorreu entre os meses de março e abril de 2023, acessando como referências a biblioteca virtual Scientific Electronic Library Online (SCIELO), Medical Literature Analysis and Retrievel System Online(MEDLINE) via US National Library of Medicine (PubMed) e as bases de dados do Portal da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), nas quais foram: Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Biblioteca Especializada na Area de Enfermagem (BDENF – Enfermagem), Bibliografia Nacional Argentina em Ciencias da Saúde (BINACIS), Índice Bibliográfico Espanhol de Ciências da Saúde (IBCS) e World Health Organization's Institutional Repository for Information Sharing (WHO IRIS) e WPRIM (Pacífico Ocidental)(PEREIRA; GALVÃO, 2014).

Para operacionalização da pesquisa nas bases de dados, os descritores foram correlacionados por meio de operadores boleados “OR e “AND”, gerando equações de buscas. Utilizou-se de estratégias diferentes para buscas conforme os bancos de dados (Pereira; Galvão, 2014) (Quadro 1).

Quadro 1 - Estratégia de busca em bases de dados

Base de dados	Sintaxe de pesquisa
BDENF-Enfermagem(N=13) LILACS (N=12) IBECS (N=2) BINACIS (N=1) WHO IRIS (N=1) SCIELO (N=183)	"lider de enfermagem" OR "nursing leader" OR "líder de enfermería" OR "Enfermeira Chefe" OR "nurse managers" OR "nurse management" OR "Gestores de enfermagem" OR "gestor de enfermagem" OR "enfermeiro gestor" OR "ges-tora enfermera" OR "jefa de unidad de Enfermería" OR "responsable de Enfermería" OR "coor-dinadora de Enfermería" OR "enfermera gerente") AND (Tecnologia OR Technology OR "web site" OR daschboard OR "sites de equipe" OR "Microsoft SharePoint" OR "Tecnologia da Informação" OR "Information Technology" OR "Tecnologias da Informação e Comunicação" OR Multimídia OR Multimedia OR "Aplicativos Móveis" OR "Mobile Applications" OR "Apps Móveis" OR "Aplicativos para Dispositivos Móveis" OR Software OR "Ferramentas de Software" OR "Programas de Computação" OR "Programas para Computadores" OR "Suporte Lógico de um Sistema Informático" OR Tecnología OR "Tecnología de la Información" OR "Aplicaciones Móviles" OR "Programas Informáticos" AND ("Gestão da Assistência de Enfermagem" OR "Serviço Hospitalar de Enfermagem" OR "Nursing Service, Hospital" OR "Serviços de Enfermagem" OR "Nursing Services" OR "Nursing Management" OR "gerencia de enfermagem" OR "gestão de enfermagem" OR "Gerenciamento de enfermagem" OR "Supervisão de Enfermagem" OR "Nursing, Supervisory" OR "Gestão em Saúde" OR "Health Management" OR "Gestão de Pessoas no Setor de Saúde" OR "Gestão de Pessoas na Área de Saúde" OR "Gerência de Serviços de Saúde" OR "Supervisión de Enfermería" OR "Servicio de Enfermería en Hospital" OR "la gestión de enfermería")
MEDLLINE /PubMed (N 1946)	("nursing leader" OR "nurse managers" OR "nurse management" OR "Nursing Service, Hospital" OR "Nursing Services" OR "Nursing Management" OR "Nursing, Supervisory") AND (Technology OR "web site" OR daschboard OR "Microsoft SharePoint" OR "Information Technology" OR "Mobile Applications" OR Software)

Fonte: Elaboração própria.

2.4. Critérios de seleção

Como critérios de inclusão foram adotados: todos os estudos sem delimitação de idioma, em portais/bibliotecas de bases de dados nacionais e internacionais que abordassem a temática do uso de tecnologias aplicadas à gestão de enfermagem, com textos completos e gratuitos nos diversos tipos de estudo ou pesquisa. Optou-se pela não delimitação temporal, afim de ampliar o espectro da pesquisa, bem como elevar o nível de evidências. Foram excluídos os estudos duplicados e que não fizeram referência a temática proposta, uso de tecnologias na gestão de enfermagem.

2.5. Análise e tratamento dos dados

Inicialmente, realizou-se analise dos artigos selecionados com auxílio da ferramenta de gerenciamento de referências *Endote*, no qual foram excluídos os artigos duplicados e os que não responderam à questão norteadora da pesquisa pela leitura do título e resumo dos artigos.

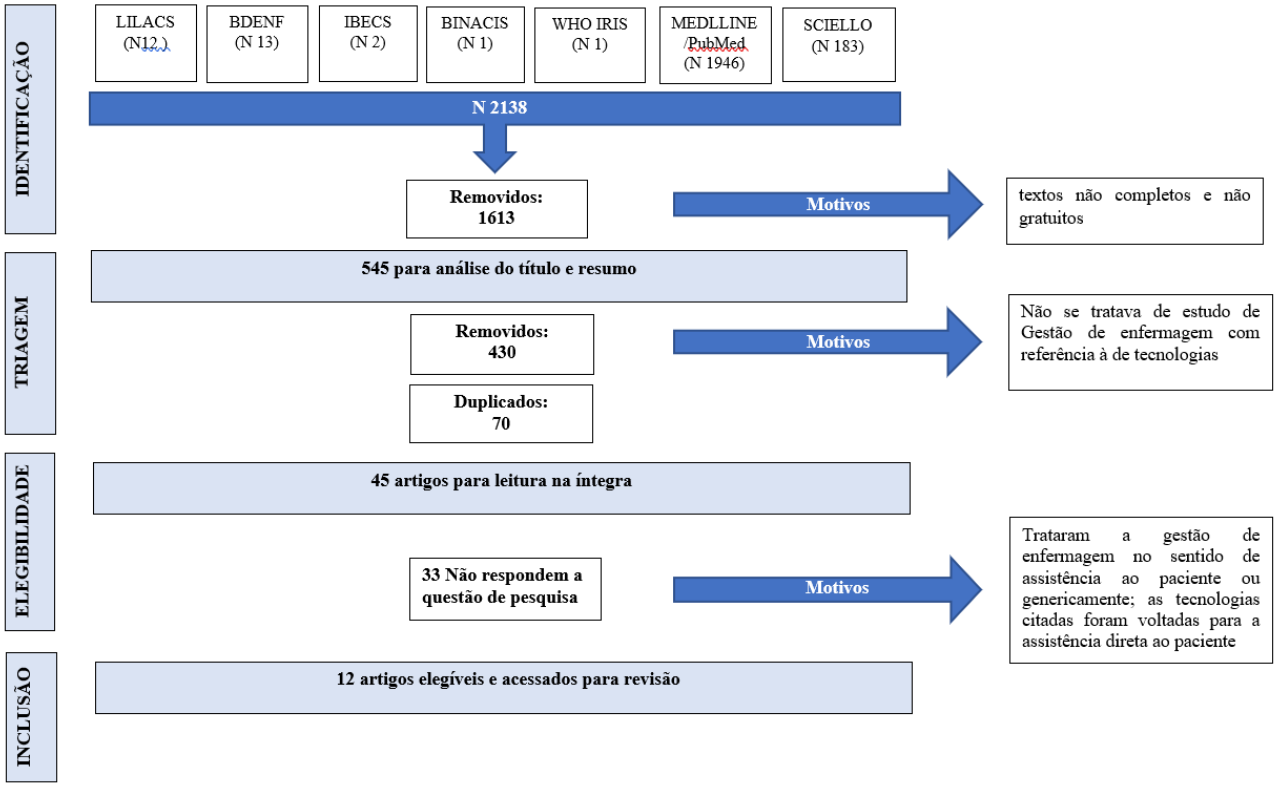
Os estudos que sobraram foram categorizados e sistematicamente organizados constituindo um banco de dados através do software *Microsoft Office* 2010.

Posteriormente, realizou-se a leitura dos artigos na integra, de forma qualitativa o que gerou o montante da amostra da pesquisa e possibilitou a caracterização de duas categorizações temáticas sobre o estudo de tecnologias aplicadas aos serviços de gestão de enfermagem.

3. RESULTADOS

Um total de 2.138 foram encontrados através da estratégia de busca nas bases de dados BDENF - Enfermagem (13); LILACS (12); IBECS (2); BINACIS (1); WHO IRIS (1); MEDLLINE/PubMed (N 1946) e SCIELLO (N 183). Inicialmente foram excluídos estudos incompletos, não gratuitos e duplicados totalizando em 1683. Após leitura de títulos e resumos, 430 foram excluídos. Permaneceram para análise de texto completo 45 artigos. Desses 33 envolveram a gestão de enfermagem apenas no sentido de assistência ao paciente ou de forma genérica, bem como as tecnologias citadas foram voltadas para a assistência direta ao paciente, não mencionando o papel do enfermeiro gestor no contexto tecnologias. Desta forma, 12 estudos permaneceram elegíveis para acesso e revisão (Figura 1).

Figura 1 - Fluxograma da descrição dos artigos sobre tecnologias aplicadas à gestão de enfermagem.



Fonte: Elaboração própria.

Quanto ao delineamento da pesquisa os Quadros 2 e 3, retratam o panorama geral das publicações selecionadas tendo como caracterização: título, contexto, base de dados, título do periódico, população/amostra, questão ou objetivo, método e nível de evidencia e tecnologia.

Quadro 2 – Caracterização das publicações segundo título, base de dados, idioma, contexto, periódico, contexto e ano.

Estudo nº	Título	Bases de dados/ Idioma	Título do periódico	País	Ano
E.01	Implementation of a local area network for nursing management	PubMed/ Inglês	Proc Annu Symp Comput Appl Med Care	Estados Unidos	1991
E.02	Uso de videoconferência para discussão de temas sobre gestão de enfermagem em hospitais universitários	SciElo/ Português	Acta Paulista de Enfermagem	Brasil	2010
E.03	Construção do software "Sistema de indicadores de gestão do capital humano de enfermagem em cenário hospitalar": estudo metodológico	LILACS/ Português	Mestrado Profissional: Enfermagem Assistencial	Brasil	2014
E.04	O uso de um sistema eletrônico de informação na prática profissional do enfermeiro gerencial	BDENF/ Português	Rev. enferm. UFPE on line	Brasil	2015
E.05	Capital estrutural na gestão das enfermeiras em hospitais	SciELO/ Português	Texto e Contexto - Enfermagem	Brasil	2018
E.06	Tecnologias utilizadas por enfermeiros gestores em hospitais portugueses	SciElo/ Português	Rev Gaucha Enferm	Portugal	2020
E.07	Tecnologia da informação e comunicação: impactos na gestão de enfermagem	BDENF/ Português	Rev Enferm UFP	Brasil	2021
E08	Automating Time-Consuming and Error-Prone Manual Nursing Management Documentation Processes	PubMed/ Inglês	Comput Inform Nurs	Alemanha	2021
E.09	Application and Effectiveness of Big Data and Artificial Intelligence in the Construction of Nursing Sensitivity Quality Indicators	PubMed/ Inglês	J Healthc Eng	China	2021
E.10	Potencialidades e dificuldades da mediação tecnológica no trabalho de enfermeiros gestores em hospitais	SciElo/ Português	Texto e Contexto - Enfermagem	Brasil	2022
E.11	Utilização das tecnologias pelos enfermeiros gestores no processo de gestão	SciElo/ Português	Revista de Enfermagem Referência	Portugal	2022
E.12	Uso de tecnologias de informação e comunicação: estudo quantitativo com enfermeiros gestores hospitalares	LILACS/ Português	Online braz. j. nurs. (Online)	Brasil	2022

Fonte: Elaboração própria.

Quadro 3 – Caracterização das publicações segundo objetivos, tipo de estudo/ nível de evidencia, ferramenta tecnológica.

Estudo nº	Objetivo	Tipo de estudo / nível de evidência	Ferramenta tecnológica
E.01	Descrever o planejamento e a implementação de uma rede local (IAN) para o serviço de enfermagem hospitalar	Metodológico, com abordagem qualitativa/ (VI)	Rede local (LAN)
E.02	Estabelecer uma nova forma de comunicação entre enfermeiros gestores e pesquisadores de enfermagem, do contexto hospitalar.	Metodológico com abordagem qualitativa (VI)	Videoconferência
E.03	Construir um sistema de indicadores de gestão do capital humano de enfermagem para o Hospital Universitário Antônio Pedro (HUAP).	Metodológico, com abordagem quanti-qualitativa (VI)	Construção de software "Sistema de Indicadores de Gestão do Capital Humano de Enfermagem
E.04	Avaliar o emprego dos Sistemas Eletrônicos de Informação no cotidiano da prática gerencial do enfermeiro, a partir de seus discursos; Identificar o emprego dos Sistemas Eletrônicos de Informação no cotidiano da prática gerencial do enfermeiro.	Exploratório, com abordagem qualitativa (VI)	Softwares utilizados em Sistemas Eletrônicos de informação
E.05	Descrever como os componentes do capital estrutural são utilizados na gestão de enfermeiras em organizações hospitalares.	Exploratório, descritivo, com abordagem qualitativa (VI)	Referencias as Tecnologias Leve; leve-dura; Dura.
E.06	Analisar a associação entre as caraterísticas de enfermeiros gestores e o uso de tecnologias de informação e comunicação em hospitais portugueses	Transversal, descritivo e analítico, com abordagem quantitativa (VI)	Variadas Tecnologias de informação e comunicação (TIC)
E.07	Compreender como as tecnologias da informação e comunicação influenciam o processo de tomada de decisão de enfermeiros gestores em um hospital universitário.	Qualitativo, de caráter exploratório-descritivo (VI)	Aplicativo de Gestão para Hospitais Universitários (AGHU)
E.08	Avaliar o uso do BI em processos de documentação de gerenciamento de enfermagem que incluem dados hospitalares heterogêneos.	Exploratório, descritivo, metodológico (VI)	Instrumentos de inteligência de negócios (BI) - (Dashboard)
E.09	Construção de uma plataforma de gestão de enfermagem integrando indicadores de enfermagem e eventos de enfermagem.	Experimental, Descritivo, quantitativo, metodológico	Aplicação de big data e inteligência artificial por meio da tecnologia WLAN
E.10	Descrever as potencialidades e dificuldades na utilização de tecnologias de gestão identificadas por enfermeiros gestores que atuam em instituições hospitalares do Brasil e de Portugal.	Qualitativo, descritivo-exploratório (VI)	TIC com uso de ferramentas, de forma geral
E.11	Identificar o perfil tecnológico dos enfermeiros gestores	Quantitativo, descritivo e exploratório (VI)	Não se aplica
E.12	Analisar a percepção da utilidade das tecnologias de informação e comunicação na gestão hospitalar por enfermeiros.	Quantitativo, transversal	TIC: Protocolos, POP, Fluxogramas, planilhas, PEP, videoconferência, reuniões

Fonte: Elaboração própria.

De acordo com o país do estudo, contatou-se que 58,5% (7) foram publicações de referências nacional, Brasil, e 41,5% (5) em internacionais, sendo Portugal 16,5% (2), Alemanha, China e Estados Unidos 8,5% (1). Quanto ao ano de publicação, observou-se uma publicação na década de 90, mais especificamente em 1991, 5 publicações no decênio 2010 a 2020 e o período de 2021 ao 2022 com maiores concentrações de publicações 50% (6) (Quadro 2).

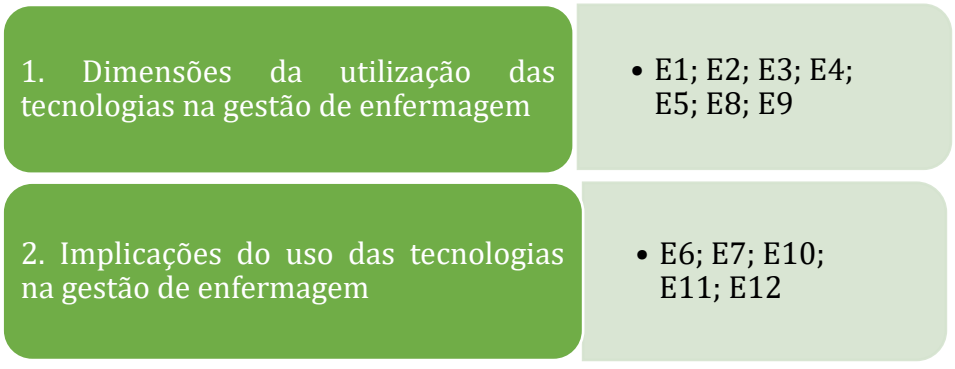
Em relação à bases de dados a SCIELLO obteve o maior quantitativo de produções de artigos com 41,5% (5), seguido da MEDLLINE/PubMed com 25% (3), e BDENF - Enfermagem e LILACS com 16,5% (2). Verificou-se que 66,5% (8) dos estudos foram publicados em periódicos nacionais e 33,5% (4) em periódicos internacionais. Quanto ao Idioma 75% (9) das publicações eram em português.

Identificou-se que na totalidade, 100% eram estudos originais. Quanto ao tipo de abordagem, 50% (6) de natureza qualitativo, 33,5% (4) quantitativo e 8,5% (1) pesquisa mista quanti-qualitativa; ainda 1 artigo descritivo-exploratório de cunho metodológico (Quadro 3).

Conforme a análise das informações extraídas dos textos, evidenciou-se que a população ou amostra dos estudos que abordaram gênero, foi constituída por gestores de enfermagem com predominância para o sexo feminino. Em referência as ferramentas tecnologias descritas, observou-se que foi mencionado tecnologias do tipo leve, leve-dura e dura com ênfase nas tecnologias voltadas para informação e comunicação (TIC). O software está no rol das tecnologias mais citadas.

Do ponto de vista qualitativo, pode-se organizar as informações dos estudos, considerando as informações dos objetivos, em duas grandes categorias temáticas em que os processos estão interligados: Dimensões da utilização das tecnologias na gestão de enfermagem e implicações do uso das tecnologias na gestão de enfermagem.

Figura 2 - Categorias temáticas segundo objetivos.



Fonte: Elaboração própria.

4. DISCUSSÃO

A partir da análise desta revisão integrativa ficou evidenciado nos textos a descrição das tecnologias como sendo ferramentas indispensáveis para melhoria nos processos de gestão de enfermagem. Constatou-se a escassa produção cientifica quanto a temática na década de 90, passando-se quase 20 anos para outra publicação em 2010. Contudo, foram publicações basilares que deram suporte a muitos outros estudos. Houve uma concentração do número de publicações entre 2020 a 2022, o que leva a indagação se o contexto pandêmico do COVID-19 foi um fator cooperador para alavancar as produções cientificas referente as tecnologias voltadas para gestão de enfermagem neste período.

Foi identificado o enfoque dos trabalhos no tipo de estudo metodológico, ou seja, a busca pela criação de novos produtos que deem suporte ao gerenciamento das ações do gestor. Importante salientar, também, o enfoque qualitativo empregado na metade das pesquisas visando as realidades subjetivas dos processos.

O enfermeiro sempre foi incumbido de múltiplas responsabilidades perpassando das atividades assistenciais as atividades gerenciais. Em 1991, já se falava no suporte tecnológico como contribuidor e automatizador dos processos através da conexão de redes, o que viria a reduzir tempo e até mesmo custos com papeladas (Chapman *et al.*, 1991). Um grande avanço posto que hoje, podemos fazer conexões através de compartilhamento de pastas de rede consultar documentos intersetorial em tempo real.

Outro aspecto importante a ser evidenciado é quanto ao contexto das pesquisas. Pelos títulos e objetivos é possível inferir que na totalidade dos trabalhos, as produções sobre gestão de enfermagem e tecnologias, foram voltadas para o contexto hospitalar. A atenção Primaria a Saúde é a porta de entrada da assistência à saúde e é considerada o centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde, faz-se necessário a veiculação de tecnologias que deem suporte ao atendimento da integrado, principalmente em contextos de crises (Claudino *et al.*, 2022).

Diante da amplitude conceitual das tecnologias, pode-se observar que nenhum estudo teve como foco exclusivo as tecnologias leves. Contudo, alguns estudos mostraram a importância da gerencia de protocolos, fluxos, assim como aperfeiçoamentos de processos de enfermagens, de grande importância inclusive para elevar a instituição a um nível de Acreditação (Cordeiro *et al.*, 2018).

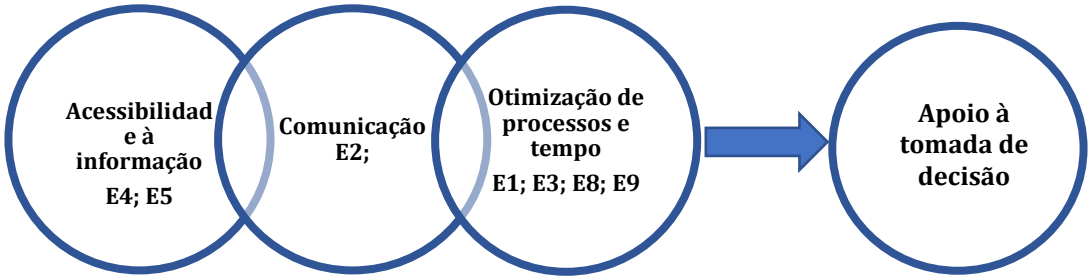
Ao ser realizado um comparativo cronológico de ano versus tecnologia, observou-se que os primeiros estudos estavam focados na distribuição das informações como sendo a raiz do processo, à exemplo as redes LAN e os softwares. Seguidos de uma ampla difusão de tecnologias

inovadoras voltadas para informação e comunicação como Big Data, inteligência artificial, aplicativos, internet das coisas, BI- dashboard dentre outros.

4.1. Dimensões da utilização das tecnologias na gestão de enfermagem

Diferentes tecnologias podem ser usadas conforme o contexto em que o processo de trabalho está inserido. Dessa forma, considera-se que a utilização das tecnologias corrobora diretamente com apoio a tomada de decisão, uma vez que promove a acessibilidade à informação, a comunicação, a otimização de processos e de tempo.

Figura 3 - Correlação das dimensões do uso das tecnologias e objetivos dos estudos.



Fonte: Elaboração própria.

Em avaliação da Figura 3 é notório a tendencia dos estudos estarem voltados para a publicação de tecnologias com foco na otimização de processos e tempo, mesmo estando este processo intimamente interligado com os demais para culminar no apoio a tomada de decisão.

Desta forma, reconhece-se a importância da informatização dos processos visando a garantia de informações rápidas, precisas e que principalmente consigam fazer linque entre o componente assistencial e o gerencial. Nesta conjuntura, pode-se citar os trabalhos realizados na busca de construir tecnologias que viabilizassem a mensuração de indicadores de forma rápida e precisa. No Brasil, em 2014, já se idealizava a mensuração de indicadores de capital humano por intermédio de software, como forma de subsidiar a tomada de decisão dos gestores com base de dados e evidencias referente ao planejamento, organização, coordenação, avaliação da equipe de enfermagem (Figueiredo, 2014).

Ainda na mesma linha de pensamento, em 2021, na China e Alemanha, houve a repercussão de tecnologias avançadas como inteligência artificial e Big Data com ênfase nos indicadores de qualidade e eventos em enfermagem. Na China, estão desenvolvendo estudos randomizados em saúde, pautados em ferramenta tecnológica chamada Internet das coisas (IoT). São pulseiras inteligentes usadas por pacientes que fazem a codificação automática de sinais vitais, automatizando processos assistenciais que antes era realizado de forma mecânica. Assim, esses estudos de forma indireta, agregam valor indiscutível para a gestão de

enfermagem, uma vez que otimiza tempo, elevando a satisfação do trabalho, reduzindo eventos adversos e melhorando os índices de qualidade assistencial (Nie, 2022).

É necessário ressaltar que tecnologias inovadoras, são todas aquelas capazes de contribuir com a excelência da gestão ou gerenciamento das atividades assistenciais, desta forma pode-se citar as tecnologias leves relacionadas a aplicação de novas ideias, aperfeiçoamento de processos, elaboração de protocolos, valorização de ideias e atitudes dos profissionais (acolhimento), reuniões para compartilhar tomadas de decisões (Cordeiro *et al.*, 2018).

Independente da tecnologia a ser usada em saúde, quais sejam por software, big data, inteligência artificial, aplicativos ou dashboards ou tecnologias leves todos levam a um propósito em comum: unificação e padronização das informações com possibilidade de avaliações periódicas durante todo o processo, além de geração automatizada e precisas de relatórios de gerenciamento de enfermagem (Chen *et al.*, 2021; Haas *et al.*, 2021).

As tecnologias estão inseridas no cotidiano de forma quase que natural, mas se tratando do contexto saúde, até que ponto as tecnologias digitais estão acessíveis? Ou uma vez havendo disponibilidade de acesso, a equipe está preparada para uso? Martins *et al.* (2020) aponta que fatores como tempo de experiencia assim como forma de liderança são fatores impactantes na acessibilidade de tecnologias.

Os sistemas informatizados e de comunicação, tem por objetivo primordial estabelecer acesso as informações que dão suporte ao planejamento e que por sua vez o auxiliam como ferramenta condutoras na organização e tomada de decisões (Carvalho *et al.*, 2021). É enfatizado que uma vez que as ferramentas tecnológicas sejam inseridas no contexto do trabalhado, faz-se necessário, para que estas tenham a efetividade e eficácia esperada, que os profissionais sejam capacitados para uso, e tenham por sua vez compreensão e competência para manipulação dos sistemas.

A busca pelo entendimento sobre a acessibilidade não é recente, em estudos Chapman (1991), abordou essa temática ao investigar o conhecimento da equipe de gestores de enfermagem e grau de conhecimento do uso do computador em 1988, na tentativa de implantar uma rede LAN no Hospital Universitário. Na ocasião foi mencionada a importância do treinamento na inserção de novas tecnologias e a abrangência dos profissionais que recebem as instruções, bem como foi percebido que a importância e o incentivo dado pelos gestores aos treinamentos são o ponto chave do processo. E ainda pode-se acrescentar que segundo o autor, sessões curtas de treinamento são mais viáveis e mais receptivas pelos enfermeiros assistenciais devidos o reduzido tempo de disponibilidade dos mesmos (Chapman *et al.*, 1991).

Em um grande estudo realizado em hospitais do Brasil e Portugal, em 2022, retrataram a importância das TICS no processo da expansão da comunicação, retratando como sendo tecnologias indispensáveis nos dias atuais nos serviços de saúde. O estudo corroborou para premissa que se pode haver contribuição de decisão em conjunto na tomada de decisão de forma remota, mitigando erros e dúvidas acerca de tratamentos (Vandresen *et al.*, 2022). Assim, reconhece-se a importância da informatização como potencial facilitador e meto ágil no processo de comunicação uma vez que possibilita atualização e avanços no contexto do cuidado (Souza; Santiago; Izu, 2015).

4.2. Implicações do uso das tecnologias na gestão de enfermagem

No âmbito da gestão de enfermagem os processos são mais operacionais e os serviços parecem estar voltados para o alcançar metas organizacionais, nos quais são construídos e coletos com base nos processos assistenciais, e para tanto, faz-se uso de estratégias com uso de tecnologias para gerar indicadores, tecnologias na automatização de processos, tecnologias na interface das comunicações via TIC.

Tão importante quanto se ter tecnologias de ponta nas instituições de saúde, é a capacidade a dos profissionais, dentre eles, gestores de se ter habilidades para gerir os recursos disponibilizados, para que esses não caiam no desuso por falta de competência operacional (Martins *et al.*, 2020). Desta forma, as habilidades em informática, são fundamentais para as tomadas de decisão por parte do enfermeiro gestor.

Em estudos realizados por Vaz e Landeiro (2022) foi detectado que dentre as tecnologias referentes ao conhecimento para o ensino as mais utilizadas pelos gestores estariam os e-mails, grupos de discussão e videoconferências. Tecnologias de fácil acesso, o que contribui para o gestor possibilidades para capacitar os profissionais que não dominam a informatização tornando dessa forma, os processos mais eficientes e de qualidade (Salvador *et al.*, 2010; Zunkowski *et al.*, 2021) .

Em relação as TICs, para o gestor de enfermagem, a acessibilidade é um ponto crítico porque uma vez que o coloca em um ambiente acessível, como sendo um porta voz e elo comunicador, pode gerar uma certa pressão de disponibilidade de respostas rápidas, influenciando-o em pressões psicológicas no estar presente integralmente para equipe (Martins *et al.*, 2020).

Ao ser reportado as vantagens da utilização das tecnologias no processo do gerenciamento em enfermagem, é inegável a firmar que a mesma oferece melhorias no processo de trabalho e facilidades, como otimização no processo de informação, planejamento

das ações a serem executadas e organização dos registros, bem como possibilita a visualização geral de dados (Vandresen *et al.*, 2022). Antes esse processo era realizado de forma burocrática e que consumia muito tempo, estando propenso a erros com mais constância.

5. CONCLUSÃO

O presente estudo permitiu identificar que embora a temática tecnologias, seja um holofote para as pesquisas, as publicações cientificas no campo da temática de tecnologias com ênfase na gestão em enfermagem ainda carecem de maior aprofundamento.

Foi possível observar que as publicações listadas estão voltadas mais para o âmbito hospitalar e que há a necessidade iminente de publicações no contexto da atenção primária a saúde por se tratar da porta de entrada da rede de atenção a saúde.

Salienta-se, que o grande lapso temporal dos estudos incluídos, viabilizou a visualização da evolução das tecnologias e a forma como as mesmas foram tratadas com as devidas contribuições para o processo de gerenciamento das informações em gerencia de enfermagem.

De uma forma geral foi observado que as tecnologias voltadas para gestão de enfermagem objetivam melhorar a eficiência e eficácia, a acessibilidade a informação, com ênfase na melhoria da comunicação, bem como otimização dos processos e tempo visando a tomada de decisões. Assim como, o empoderamento de novas tecnologias na condução da gestão, viabiliza o estabelecimento de vínculos com diferentes estratégias interativas a fim de garantir o inter-relacionamento individual e coletivo da equipe, na construção de saberes, principalmente quando se faz uso de tecnologias leves.

Observou-se dos registros desta revisão, que enquanto as publicações internacionais estão voltadas para um cunho mais metodológico de construção de tecnologias ou incrementos, no Brasil as publicações estão com contexto mais exploratório, descritivo e qualitativo da significação das tecnologias de informação e comunicação para o gestor de enfermagem.

Isto posto, considera-se que que as tecnologias tem exercido influências significativas no processo da gestão em enfermagem, visando a melhoria do dimensionamento do cuido prestado pelas equipes de enfermagem aos pacientes, sendo unanime em todos os estudos apontados, que o uso das tecnologias são ferramentas indispensáveis para melhoria nos processos de trabalho.

REFERÊNCIAS

CARVALHO, M. L. T. DE *et al.* Tecnologia da informação e comunicação: impactos na gestão de enfermagem. **Rev Enferm UFPE on line**, v. 15, n. 1, 2021.

CHEN, A. et al. Application and Effectiveness of Big Data and Artificial Intelligence in the Construction of Nursing Sensitivity Quality Indicators. **J Healthcare Eng.**, v. 2021, p. 2087876, 2021.

CLAUDINO, L. M. Z. *et al.*Tecnologias de Informação e Comunicação: ferramenta de educação em saúde no contexto da Covid-19. **APS Rev**, v. 4, n. 1, p. 27–36, 2022.

CORDEIRO, A. L. A. O. *et al.*Structural capital in the nursing management in hospitals. **Texto Contexto Enferm**, v. 27, n. 2, 2018.

HAAS, O. et al. Automating Time-Consuming and Error-Prone Manual Nursing Management Documentation Processes. **CIN**, v. 39, n. 10, p. 584–591, 12, 2021.

MARTINS, M. M. F. P. DA S. *et al.* Technologies used by nursing managers in Portuguese hospitals. **Rev Gaúcha Enferm.**, v. 41, p. e20190294, 2020.

MOHER, D. *et al.* Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: The PRISMA statement. **BMJ**, v.8, 2009.

NIE, X. Construction and Application of Comprehensive Nursing Information Service Platform Based on Internet of Things Technology. **J Healthcare Eng**, v. 2022, 2022.

SOUZA, P. de.; CARLOS, S. C. R. L.; IZU, M. O uso de um sistema eletrônico de informação na prática profissional do enfermeiro gerencial. **Rev enferm UFPE on line**, v. 9, n. 4, p. 7281–7289, 2015.

PEREIRA, M. G.; GALVÃO, T. F. Etapas de busca e seleção de artigos em revisões sistemáticas da literatura. **Epidemiol Serviços Saúde**, v. 23, n. 2, p. 369–71, 2014.

SALVADOR, M. E. *et al.* Uso de videoconferência para discussão de temas sobre gestão de enfermagem em hospitais universitários. **Acta Paul Enferm**., 2010.

VANDRESEN, L. *et al.* Potencialidades e dificuldades da mediação tecnológica no trabalho de enfermeiros gestores em hospitais. **Texto Contexto Enferm.**, v. 31, 2022.

VAZ, I. F. M.; LANDEIRO, M. J. DA S. L. Nurse managers' use of technologies in the management process. **Rev Enferm Ref**, v. 2022, n. 1, 2022.

ZUNKOWSKI, T. M. T. *et al.* Use of information and communication technologies: quantitative study with hospital managers nurses. **Onl Braz J Nurs**,, v. 21, 2021.

CAPÍTULO 34

USO DE TECNOLOGIAS NOS PROCESSOS DE PLANEJAMENTO NA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: REVISÃO INTEGRATIVA

DOI: 10.51859/amplla.gsi925.1125-34

Francisco Diones Araujo Rodrigues
Mardênia Gomes Vasconcelos Pitombeira

1. INTRODUÇÃO

Quando versamos sobre a Atenção Psicossocial Brasileira, seguramente nos referimos a construção de uma Política Pública para a gestão organizacional e de cuidados em saúde mental. Pautada nos ideais reformistas da psiquiatria europeia da década de 70, tornou-se robusta com a aprovação da Lei 10.2016/2001 que implementa a Política Nacional de Saúde Mental (PNSM), garantindo os direitos das pessoas com doença mental e redirecionando o modelo assistencial (Santos, 2018).

Como expressão do processo político de consolidação da Reforma Psiquiátrica e da PNSM, o Ministério da Saúde, por meio da portaria 3.088/2011 institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), constituída por um conjunto amplo de dispositivos e serviços estratégicos, deve oferecer acesso através da articulação dos diferentes pontos de atenção que constituem a rede, visando assegurar a integralidade do cuidado, por meio de diretrizes clínicas e organizativas (Nóbrega, 2020; Santos, 2018).

Embora, tenham ocorrido avanços consideráveis na consolidação do modelo de Atenção Psicossocial no Brasil, a RAPS apresenta desafios estruturais, tecnológicos e financeiros. Bem como uma gestão organizacional notoriamente fragilizada por sua comunicação ineficaz, ausência de educação permanente para qualificação dos processos de trabalho, falta de delineamento das práticas assistencial, articulação incipiente entre os pontos de atenção da RAPS e lacunas na adoção de protocolos únicos (Nóbrega, 2020; Cecílio, 2011). Essas questões, por vezes invisíveis no cotidiano das práxis de coordenação/gestão, são inerentes ao processo de planejamento em saúde, quando desconsiderado ou empregado incorretamente, compromete a qualidade dos serviços e as práticas profissionais da rede assistencial.

O planejamento em saúde representa uma ferramenta de gestão para elaboração de processos previamente pensados, que permite a tomada de decisões sobre problemas

relevantes, é possível desenvolvê-lo com o apoio de métodos que buscam atingir objetivos propostos, e dessa forma, apontar mudanças necessárias para a organização dos serviços. O planejamento de estratégias de atuação no âmbito da saúde é um processo pelo qual se estabelece prioridades, considerando os limites definidos pelos recursos existentes e os contextos político, social, cultural, institucional e financeiro econômico (Preteleiro, 2004)

Na saúde mental o planejamento pode ser desenvolvido sob diferentes abordagens e perspectivas, é uma atividade complexa que exige dos segmentos envolvidos, alinhamento com o modelo de atenção psicossocial. É fundamental estabelecer um processo de planejamento na saúde mental que representa um acordo entre os diversos segmentos envolvidos, respeitando o propósito de legitimação das ações de saúde mental, através da práxis de discussão e consenso junto de gestores, trabalhadores, familiares e usuários (Sousa; Jorge; Leilão, 2015).

Nesse contexto, as tecnologias em saúde, nas suas diferentes modalidades, quando aplicadas podem favorecer a construção de planejamentos sólidos e viáveis. A incorporação de tecnologias em saúde no Brasil progrediu consideravelmente nos últimos anos, isto provém do aumento dos custos dos sistemas de saúde, da elevação da expectativa de vida da população, do maior entendimento sobre o processo saúde-doença e da velocidade do desenvolvimento tecnológico, que pressiona a incorporação de tecnologias inovadoras, mas que precisam evidenciar eficácia e segurança (Lima, 2019).

O campo da saúde mental não seguiu o mesmo curso, observa-se uma estagnação na inclusão de novas tecnologias para a gestão organizacional, ocasionando atraso para sua operacionalização ideal. É urgente a adoção de recursos tecnológicos, como os sistemas de informação integrado que vincula todos os pontos da rede com ação intersetorial ampla e existência de mecanismos de coordenação, continuidade do cuidado e integração assistencial (Nóbrega, 2020). Assim, considerando a inevitabilidade de incorporação de tecnologias que favoreçam os processos de planejamento no âmbito da saúde mental, este estudo apresenta a seguinte questão de pesquisa: quais as tecnologias em saúde identificadas na literatura para o planejamento em saúde mental?

Justifica-se a escolha do tema pela necessidade de legitimar o planejamento como atividade prática cotidiana de gestores e profissionais nos serviços de Atenção Psicossocial e trazer contribuições aos sujeitos no âmbito da saúde mental para adotar o planejamento como ferramenta estratégica para rediscussão de processos de gestão organizacional. Diante do exposto, este estudo tem como objetivo identificar na literatura a utilização de tecnologias em saúde para o planejamento nos serviços de saúde mental.

2. MÉTODO

O estudo consistiu de uma revisão integrativa e seguiu os padrões de rigor metodológicos propostos por Mendes, Silveira e Galvão (2008), onde nos orienta a seguir seis etapas: 1) Identificação do tema e elaboração da questão de pesquisa; 2) Estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos e busca na literatura; 3) Extrair as informações dos estudos selecionados/categorização dos estudos; 4) Avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa; 5) Interpretação dos resultados; 6) Apresentação da síntese/revisão.

Para definição da questão de pesquisa, utilizou-se a estratégia PICO, que representa um acrônimo para Paciente, Intervenção, Comparação e "*Outcomes*" desfecho (Santos; Pimenta; Nobre, 2007). Dessa forma, teve-se como questão norteadora: Quais as tecnologias em saúde identificadas na literatura que norteiam o processo de planejamento nos serviços de saúde mental?

A busca transcorreu no Portal Regional da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), no mês de outubro de 2023. Foram utilizados os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), em inglês: "Mental Health Services"; "Planning" e "Technology", agrupados pelo operador boleano "AND". No método integrado de busca nas bases de dados encontrou-se um total de 755 estudos, excluiu-se 723 por não contemplarem os critérios de inclusão e exclusão, após a leitura dos títulos e resumos, descartaram-se 25 por não estarem em conformidade com a temática e 02 após a leitura na íntegra dos estudos, permanecendo 05 artigos pertinentes à pesquisa.

Como critérios de inclusão dos estudos, optou-se por artigos acessíveis online na íntegra, nos idiomas espanhol, inglês e português, em bases de dados nacionais e internacionais, publicados nos últimos cinco anos e que versassem sobre o tema estudado. Foram excluídas as publicações sem abordagem a utilização de tecnologias para o planejamento em saúde mental e com idiomas e períodos que não os definidos nos critérios de inclusão.

Para possibilitar a categorização, interpretação e a avaliação dos dados dos estudos selecionados, adotou-se o instrumento adaptado de Ursi (2005), um quadro sinóptico que contempla os seguintes aspectos considerados pertinentes: nome da pesquisa; autores dos estudos; ano de publicação; tipo de publicação; designer e resultados.

A análise foi textual, metodologia que viabiliza reconhecer e extrair enunciados dos conteúdos a ele submetidos, categorizando esses assuntos e gerando textos, de modo a integrar descrição e interpretação (Moraes, 2005). As sínteses dos dados isolados foram apresentadas de forma analítica (Mendes; Silveira; Galvão, 2008).

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Na presente revisão integrativa, analisamos cinco artigos que atenderam aos critérios de inclusão e exclusão estabelecidos. As tecnologias para o planejamento em saúde mental encontradas foram diversificadas (sistemas de informações, aplicativos para dispositivo móveis e sistemas de registros de dados) e apresentaram distinção quanto ao seu propósito, como: ferramentas utilizadas no planejamento regionalizado em saúde mental; para o processo de planejamento do cuidado aos usuários dos serviços; no registro de informações dos atendimentos prestados e para intervenções clínicas.

Os dados obtidos nos estudos selecionados são apresentados nos Quadros 1 e 2, constituídos por: Quadro 1 – Identificação, Nome da Pesquisa, Autores/Ano de Publicação e Tipo da Pesquisa/Designer; Quadro 2 – Identificação e Resultados.

Quadro 1 – Apresentação das publicações selecionadas conforme o Nome da Pesquisa, Autores/Ano e Tipo de Publicação/Designer.

Estudo	Nome da Pesquisa	Autores/Ano	Tipo de Publicação/Designer
E1	Use of the self-organising map network (SOMNet) as a decision support system for regional mental health planning.	CHUNG *et al.* (2018)	Publicação de outras áreas de saúde. Health ResearchPolicyand Systems. Estudo Experimental, baseado em evidências.
E2	Pilot implementation of co-designed software for co-production in mental health care planning: a qualitative evaluation of staff perspectives.	FARR *et al.* (2019)	Publicação da área de saúde mental. Journal of Mental Health. Estudo qualitativo com entrevista aplicada por telefone, gravação e transcrição dos áudios.
E3	Implementing a Digital Tool to Support Shared Care Planning in Community-Based Mental Health Services: Qualitative Evaluation.	PITHARA *et al.* (2020)	Publicação de outras áreas de saúde. Journal of Medical Internet Research. Estudo qualitativo com entrevista aplicada por telefone, gravação e transcrição dos áudios.
E4	Perspectives on Mobile Health Versus Clinic-Based Group Interventions for People With Serious Mental Illnesses: A Qualitative Study.	CARPENTER *et al.* (2020)	Publicação da área de saúde mental. Estudo qualitativo com aplicação de entrevista com roteiro semi-estruturado, gravação e transcrição dos áudios.
E5	Delivering person-centered care with an electronic health Record.	STANHOPE; MATTHEWS (2019)	Publicação de outras áreas de saúde. BMC Medical Ininformatics and Decision Making. Estudo misto com uso de base de dados e entrevista com público alvo.

Fonte: Elaboração própria.

Quadro 2 – Apresentação dos resultados dos estudos selecionados.

Estudo	Resultados
E1	- O Aplicativo SOMNet cruza informações (indicadores) de diversas regiões, levando em consideração apenas os dados que sejam relevantes no processo de planejamento regional de saúde mental; - Usando o SOMNet os sistemas de saúde mental foram analisados fornecendo informações de padrão significativas com base na dissimilaridade da propriedade dos sistemas em cada conjunto de dados; - O uso da ferramenta SOMNet no cruzamento de dados dos sistemas das três regiões analisadas identificou os padrões de cuidados de saúde mental a nível global; - O SOMNet possibilitou a visualização em evidência de dados que antes eram de difícil captação; - De acordo com o SOMNet o número de psiquiatras não tinha a condição apropriada para utilização dos serviços de cuidados hospitalares agudos, assim a tomada de decisão pertinente pode implicar na fonte específica de planejamento de recursos; - A abordagem prática do SOMNet foi classificada como mais alta comparada com outras ferramentas de visualização para a análise de problemas de saúde mental.
E2	- O CPT segundo a equipe de saúde poderia potencialmente facilitar o cuidado colaborativo; - O CPT, de acordo com os profissionais, permitiu utilizar o tempo de maneira mais eficaz acessando informações de forma mais fácil, realizar atividades administrativas de maneira mais rápida e uma melhor forma de apresentar informações sem fazer pausas para realizar anotações; - Percebeu-se uma necessidade de mudança na cultura organizacional em torno do desenvolvimento de prática do planejamento do cuidado; - Os profissionais destacaram a necessidade de se preparar antes de usar a ferramenta e navegar nas suas diferentes funções planejando as consultas com antecedência, uma vez que o uso do CPT depende do estado de saúde mental das necessidades do estágio de recuperação e capacidade para reflexão terapêutica dos pacientes; - Ficou evidente que o CPT, pode ajudar a facilitar a conversa e, portanto, fortalecer o relacionamento com os usuários do serviço, que é a base para o trabalho colaborativo, ainda referiram que o CPT aperfeiçoou o tempo pela possibilidade de co-produção das anotações.
E3	- O CPT busca facilitar o registro mais eficiente das informações e facilitar o cuidado em equipe, bem como aumentou a transparência e o envolvimento dos usuários do serviço de maneira mais rápido do que as formas tradicionais de trabalho; - Alguns participantes distinguiram entre os recursos do CPT, que consideraram bem projetados, úteis e fáceis de usar; - Os entrevistados relataram como barreiras na utilização da ferramenta a conectividade com a internet, limitações do computador (tablet) no qual o CPT estava instalado, limitações de segurança, ausência de comunicação para cruzamento de dados entre o CPT e as organizações.

Estudo	Resultados
E4	- Pouco envolvimento dos participantes nas duas intervenções (FOCUS) x [WRAP]); - A acessibilidade da intervenção destacou os participantes do FOCUS, que enfatizaram que a ferramenta portátil, usada como apoio sob demanda, estando disponível 24 horas por dia, 7 dias por semana, como uma vantagem em relação a outros serviços de saúde mental; - Participantes do FOCUS que começaram a intervenção em níveis significativamente mais altos, quando comparados com os participantes do WRAP podem estar ligados a atitudes infinitamente negativas expressadas em grupo por alguns participantes que aleatoriamente estiveram associados ao WRAP. - A repetição do conteúdo do FOCUS ao longo do tempo foi uma preocupação revelada pelos participantes que se abstiveram de usar a ferramenta por esse motivo; - Ausência de contato presencial na utilização do FOCUS foi uma desvantagem citada pelos participantes.
E5	- As clínicas participantes perceberam dificuldades na utilização da ferramenta alegando a não personalização do atendimento conflitando com a abordagem centrada na pessoa

Fonte: Elaboração própria.

3.1. Tecnologia para o planejamento regionalizado em saúde mental

O primeiro artigo analisado trata do uso de uma ferramenta denominada SOMNet, essa tecnologia combina informações de indicadores de saúde mental de diferentes regiões de saúde que podem ser visualizadas de forma interativa por meio de um mapa, que combinada ao conhecimento da análise colaborativa dos dados por especialistas, desenvolve sistemas de apoio à decisão para o planejamento e destinação de recursos.

Problematizar a política pública de saúde, baseado em uma tecnologia de visibilidade (cartografia de mapeamento) de um aspecto da realidade é pensar que efeitos são gerados sobre o governo da vida, no desenvolvimento de produção cartográfica incluem-se escolhas subjetivas para o uso de tais ferramentas no que se refere à elegibilidade daquilo que se tornará visível ou invisível no mapa, para produção de conhecimento (Ibiapina; Bernardes, 2019).

O estudo revelou que o SOMNet possibilita a visualização de dados que eram de difícil captação, a ferramenta ao combinar as informações de diferentes regiões de saúde, consegue selecionar apenas dados que forem relevantes para o processo de planejamento de cada região, pois consegue desenhar o padrão de cuidados em saúde mental a nível global e assim estabelecer a alocação de recursos humanos e materiais (Chung *et al.*, 2018).

A tecnologia se mostrou útil para analisar sistemas de saúde mental extremamente complexos, melhorar a descoberta de conhecimento baseado em evidências e apoio na tomada de decisão. É uma ferramenta inovadora e poderosa para interpelar pontos difíceis em pesquisa e planejamento de sistemas de saúde em um contexto do mundo real (Chung *et al.*, 2018).

De modo semelhante ao artigo analisado, no estudo de Ibiapina e Bernardes (2019), descreve uma tecnologia composta basicamente por um sistema gerenciador de um banco de

dados georreferenciados, que garante a realização de análises espaciais complexas através da rápida constituição e alteração de cenários que possibilita a planejadores e administradores em geral, subsídios para a tomada de decisões.

O planejamento das ações e serviços regionalizados de saúde mental no SUS deve ser pensado a partir da Rede de Atenção Psicossocial – RAPS. Para um planejamento palpável é necessário comprometimento e entendimento dos gestores sobre a política nacional de saúde mental, um controle social atuante, a junção do maior número de informações possíveis sobre o território e a disponibilização de recursos financeiros.

Na contra mão desse processo o que se observa é uma saúde mental deixada sempre em segundo plano, de forma velada percebe-se a ausência de ônus ligada à saúde mental, assim, as informações epidemiológicas são limitadas, os indicadores são insuficientes ou invisíveis, a informatização ainda acontece de maneira tímida e consequentemente isso reflete em poucos investimentos notados na ausência de qualificação, no sucateamento dos serviços e falta de recursos humanos e materiais. Diante do exposto o planejamento em saúde mental torna-se fragilizado ou insipiente.

3.2. Utilização de tecnologias para o planejamento da gestão do cuidado em saúde mental

Os estudos 02 e 03 versam sobre uma ferramenta de caminhos de cuidado (CPT) que permite o acesso direto dos profissionais de saúde e usuários do serviço aos planos de atendimento eletrônico para apoiar o trabalho eficiente e permitir o atendimento co-produzido e focado na recuperação durante as visitas à comunidade, através do envolvimento dos usuários no planejamento do cuidado e da necessidade de mudança na cultura organizacional (Pithara *et al*., 2020; Farr *et al*., 2019).

Os participantes das duas pesquisas sinalizam vantagens e desvantagens na utilização da tecnologia. Os benefícios citados dizem respeito ao uso do tempo de forma mais eficaz, o registro mais eficiente das informações, facilitação do diálogo, fortalecimento do relacionamento com o usuário, acesso às informações de maneira mais rápida, apresenta informações sem realizar pausa para anotações, potencializar o trabalho colaborativo, aumentar a transparência e o envolvimento dos usuários no serviço (Farr *et al*., 2019). Como barreiras para o uso da ferramenta relataram a conectividade com a internet, limitações do computador no qual a tecnologia estava instalada, limitações de segurança e ausência de comunicação para cruzamento de dados entre a ferramenta e as organizações (Pithara *et al*., 2020).

Semelhante ao artigo analisado, na pesquisa de Costa e Portela (2018) relata a percepção de gestores, profissionais e usuários, quantos aos aspectos facilitadores e barreiras na implantação de registros eletrônicos de saúde, essa trama de perspectivas e visões retrata a complexidade da implementação de registros eletrônicos de saúde, que percorre por mudanças culturais e contorna recursos, relações de poder e interesses políticos e econômicos.

A pesquisa demonstrou que os participantes consideraram os recursos do CPT bem projetados, úteis e fáceis de usar, entretanto destacaram a necessidade de uma preparação antes do uso da ferramenta, para compreender e navegar nas suas diferentes funções e planejar com antecedência, uma vez que o uso da tecnologia dependerá do estado de saúde mental, das necessidades, do estágio de recuperação e da capacidade para reflexão terapêutica dos usuários (Pithara *et al*., 2020; Farr *et al*., 2019).

O projeto terapêutico singular (PTS), ferramenta base da clínica ampliada para a construção colaborativa de cuidado em saúde mental, assemelha-se a tecnologia de caminhos de cuidado eletrônico (CPT) descrita nos artigos analisados, à diferença estar na aplicação das ferramentas, enquanto uma é realizada de forma manual a outra é aplicada eletronicamente.

Diante da vivência do pesquisador no campo da saúde mental, observa-se que o processo de informatização dos serviços de saúde mental acontece de maneira lenta, além disso, para serviços que já utilizam registros eletrônicos é necessária uma adaptação dos recursos, visto que não se adéquam aos moldes do modelo de atenção psicossocial, o PTS como ferramenta indispensável na práxis dos serviços de saúde mental, não há um campo específico no qual possa ser construído eletronicamente.

3.3. Uso de tecnologia móvel para o planejamento do cuidado sobre a perspectiva dos usuários

O estudo 04 realiza uma comparação de uma intervenção tecnológica chamada FOCUS em relação à prática clínica de grupo, para o gerenciamento do cuidado em saúde mental. O FOCUS é um aplicativo projetado para dispositivos móveis, oferece aos usuários auto-avaliações diárias, prática de gerenciamento da doença e conteúdo de intervenção (Carpenter-Song *et al*., 2019).

Os participantes do estudo referenciam como benefícios do uso do FOCUS o acesso a informações de forma rápida e como dispositivo portátil podendo ser utilizada como suporte sobre demanda, as barreiras no uso da tecnologia mencionada dizem respeito à repetição do conteúdo ao longo do tempo e ausência do contato presencial (Carpenter-Song *et al*., 2019).

A utilização de aplicativos móveis na área da saúde tem capacidade para melhorar os resultados entre aqueles que vivem com doenças, por meio da gestão aprimorada dos fatores de risco, estimula-se a co-participação do usuário no seu tratamento e a participação familiar, bem como de oferecer um estímulo ao cuidado com a saúde, trata-se de uma alternativa o uso de aplicativos por linha de cuidado como recomenda o SUS (Mendez *et al*., 2019).

A atenção psicossocial em consonância com a Política Nacional de Humanização (PNI) preza prioritariamente na produção de saúde mental, uma relação próxima entre gestão, profissionais, usuários e familiares, esse modelo de atenção só é possível através de uma escuta qualificada, no acolhimento das singularidades e subjetividades dos sujeitos e no estabelecimento de vínculos e responsabilidades.

Em particular o encontro que se dar entre profissionais e usuários, por meio das diversas ações e atividades ofertadas pelos serviços de saúde mental (consultas, clínica de grupos, visitas domiciliares, acolhimentos, assembleias etc) consideram a relação de confiança e compromisso, dos acordos firmados, do dito e do não dito, além das expressões corporais.

Desse modo, na produção de cuidados e no desenvolvimento das práticas de saúde mental, as tecnologias em saúde jamais poderão substituir a importância dos encontros possíveis entre profissionais-usuários, mas serem usadas para potencializar esse encontro. Nesse contexto as tecnologias leves (acolhimento, escuta e vínculo) ganham destaque, entretanto, não podemos impor esse modelo de atenção aos usuários como única alternativa e esquecer as suas escolhas, assim, os usuários podem preferir intervenções de saúde onde não ocorra o encontro.

3.4. Uso de tecnologia no registro do planejamento da assistência em saúde mental

O último artigo analisado explora como o prontuário eletrônico e seu estágio de desenvolvimento influenciou a implantação do planejamento do cuidado centrado na pessoa em clínicas de saúde mental comunitária (Stanhope; Matthews, 2019).

O estudo apontou que devidos os profissionais ficarem muito tempo na frente do computador e do cuidado aos usuários se tornar cada vez mais uniformes e menos personalizados, devido aos formatos eletrônicos, é necessário atenção para garantir que a utilização da tecnologia não venha a romper com o cuidado centrado na pessoa (Stanhope; Mattews, 2019). É preciso considerar outras barreiras no uso do prontuário eletrônico, como o custo elevado na implantação, a possibilidade de o sistema ficar inoperante, a resistência da equipe em utilizar a ferramenta e a desumanização do cuidado (Martins; Lima, 2014).

O formato dos recursos do prontuário eletrônico nos serviços de saúde mental precisa ser pensado e construído para possibilitar uma visão de todas as possíveis necessidades dos sujeitos, se distanciando da sintomatologia da doença, do tratamento e cura dos usuários, desse modo dar visibilidade ao trabalho interdisciplinar e favorecer o trabalho colaborativo, com foco no sujeito singular e subjetivo na garantia de um cuidado horizontalizado e integral.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo permitiu a identificação na literatura de tecnologias utilizadas para a gestão do planejamento organizacional e do cuidado na atenção psicossocial, foi possível visualizar as infinitas vantagens no uso, expondo sólidos fundamentos para que o campo da saúde mental adote ferramentas tecnologias no processo de planejamento, demonstrando que os benefícios excedem as barreiras e consequentemente tencionam mudanças positivas que refletem na atuação dos gestores e profissionais para o planejamento organizacional e do cuidado na atenção psicossocial.

Foi evidenciando publicações limitadas sobre o assunto. É necessário fomentar novas pesquisas que apresentem a importância da inserção de tecnologias para o processo de planejamento no âmbito da saúde mental, demonstrando sua relevância na prática de gestão, assim como favorecer a criação de novas tecnologias que dêem suporte no desenvolvimento do planejamento aos diversos segmentos envolvidos e tencione a adesão das tecnologias já existentes.

Conclui-se que a pesquisa contribuiu para compreensão da temática proposta a partir da análise de estudos anteriormente publicados. Espera-se que esta pesquisa incentive o desenvolvimento de novos estudos que proponham refletir sobre a relevância e incorporação de tecnologias nas práticas de gestão e planejamento. Ressalta-se que, apesar deste estudo restringir-se aos serviços de saúde mental, a inclusão de tecnologias nos processos de planejamento como ferramenta para qualificar a gestão organizacional e assistencial, deve ser incitado nos diversos serviços de saúde, inclusive estende-se a toda uma Rede de Atenção à Saúde (RAS) do Sistema Único de Saúde (SUS).

REFERÊNCIAS

CARPENTER-SONG, E. *et al*. Perspectives on mobile health versus clinic-based group interventions for people with serious mental illnesses: a qualitative study. **Psy Serv Advance**, v. 71, n. 1, p. 49-56, 2020.

CECICILO, L.C.O. Apontamentos teóricos-conceituais sobre processos avaliativos considerando as múltiplas dimensões da gestão do cuidado em saúde. **Interface Com Saúde, Educ,** v. 15, p.589-599, 2011.

COSTA, J. F. R.; PORTELA, M. C. Percepções de gestores, profissionais e usuários acerca do registro eletrônico de saúde e de aspectos facilitadores e barreiras para a sua implementação**. Cad. Saúde Pública**, v. 34, n. 1, p. 1-10, jan. 2018.

CHUNG, Y. *et al*. Use of the self-organising map network (SOMNet) as a decision support system for regional mental health planning. **Health Res Policy Sys**, v. 16, n. 35, p. 1-8, 2018.

FARR, M. *et al*. Pilot implementation of co-designed software for co-production in mental health care planning: a qualitative evaluation of staff perspectives. **J Mental Health**¸ v. 28, n. 5, p. 495-504, 2019.

IBIAPINA, É.; BERNARDES, A. O mapa da saúde e o regime de visibilidade Contemporâneo. **Saúde Soc**., v. 28, n. 1, p. 322-336, 2019.

LIMA, S.G.G. *et al.* O processo de incorporação de tecnologias em saúde no Brasil em uma perspectiva internacional. **Ciênc Saúde Coletiva**, v.24, n.5, p.1709-1722, 2019.

LORENZETTI, J. *et al*. Tecnologia, inovação tecnológica e saúde: uma reflexão necessária. **Texto Contexto Enferm,** v.21, n.2, p.432-9, 2012.

MARTINS, C.; LIMA, S. M. Vantagens e desvantagens do prontuário eletrônico para instituição de saúde. **RAS**, v. 16, n. ¸63, p. 1-9, 2014.

MENDEZ *et al.* Aplicativo móvel educativo e de follow up para pacientes com doença arterial periférica. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 27, n. 1, p. 22-31, 2019.

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.

MORAES, R. Análise textual qualitativa entendida como processo integrado de aprender, comunicar e interferir em discursos. In: Galiazzi MC, Freitas JV, organizadores. **Metodologias emergentes de pesquisa em educação ambiental**. Ijuí: Unijuí; 2005. p.85-114.

NÓBREGA, M. P. S.S.; MANTONVANI, G. S,; DOMINGOS, A. M. Recursos, objetivos e diretrizes na estrutura de uma Rede de Atenção Psicossocial. **Rev Bras Enferm**., v.73, n.1, p. e20170864, 2020.

PITHARA, C. *et al*. Implementing a digital tool to support shared care planning in community-based mental health services: qualitative evaluation. **J Med Internet Res**., v. 22, n. 3, p. 1-9, 2020.

PRETELEIRO, M. MARQUES, R. GALHARDO, T. Uma análise crítica das orientações estratégicas: o plano nacional de saúde português. Lisboa: **Observatório Português dos Sistemas de Saúde**; 2004.

SANTOS, R. C. A.; PESSOA JUNIOR, J. M.; MIRANDA, F. A. N. Rede de atenção psicossocial: adequação dos papéis e funções desempenhados pelos profissionais. **Rev Gaúcha Enferm**, v.39, p.e57448, 2018.

STANHOPE, V; MATTHEWS, E.B. Delivering person-centered care with an electronic health Record. **BMC Med Inform Dec Making,** v.10, p.168, 2019.

ORGANIZADORES

VIRNA RIBEIRO FEITOSA CESTARI

Médica Veterinária pela Universidade Estadual do Ceará (2010). Enfermeira pela Universidade de Fortaleza (2015). Especialista em Enfermagem em Centro de Terapia Intensiva pela UECE. Mestre e Doutora em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde (UECE). Professora Adjunto da Universidade Estadual do Ceará no curso de Graduação em Enfermagem. Membro pesquisador do grupo de pesquisa em Epidemiologia, Cuidado em Cronicidade e Enfermagem (GRUPECCE) da UECE. ORCID: 0000-0002-7955-0894.

THIAGO SANTOS GARCES

Mestre e Doutorando em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde (PPCCLIS) pela Universidade Estadual do Ceará (UECE); Especialista em Centro de Terapia Intensiva pela UECE; Membro do Grupo de Pesquisa Epidemiologia, Cuidado em Cronicidade e Enfermagem - (GRUPECCE) da UECE; possui experiência em Enfermagem em Centro de Terapia Intensiva. Peer-Reviewed Open access scientific journal (PLoS ONE). Revisor da Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste (RENE). Revisor da Revista Tendências da Enfermagem Profissional (ReTEP). ORCID: 0000-0002-1670-725X

AUTORES

Adriano Rodrigues Souza: Doutor em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Ceará, mestre em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará, especialista em Vigilância Epidemiológica pela Escola de Saúde Pública do Ceará. Professor da Faculdade Estácio Canindé e Centro Universitário Estácio do Ceará,Técnico da célula de vigilância epidemiológica de Fortaleza, professor e orientador do Mestrado Profissional em Gestão em Saúde (MEPGES) da Universidade Estadual do Ceará (UECE), Coordenador de cenários de prática do centro Uniateneu. Ex-assessor técnico da OPAS para o COVID-19 no Estado do Ceará. Ex-coordenador da Coordenadoria de política de saúde mental, álcool e outra drogas do Estado do Ceará, professor visitante da Escola de Saúde Pública do Ceará. Na pesquisa atua e orienta nas áreas de saúde coletiva, vigilância epidemiológica, saúde mental e gestão em saúde.

Ana Alice Fernandes de Castro Medeiros Falcão: Graduação em Enfermagem e Obstetrícia pela Universidade Estadual do Rio Grande do Norte (1996). Especialização em Administração dos Serviços de Saúde Pública e Administração Hospitalar pela Universidade de Ribeirão Preto/SP (1997), Especialização em Saúde da Família pela Escola de Saúde Pública do Estado do Ceará (1999), Especialização em Vigilância Epidemiológica pela Escola de Saúde Pública do Estado do Ceará (2002), Especialização em Enfermagem do Trabalho pela Faculdade de Ciências Médicas/FACISA (2012). Experiência profissional em Gestão dos Serviços de Saúde Pública. Mestranda em Gestão em Saúde pela Universidade Estadual do Ceará - UECE. Secretária Executiva do Consórcio de Saúde Pública da Microrregião de Aracati.

Ana Paula Brandão de Sousa: Graduada em Enfermagem pela Universidade Estadual Vale do Acaraú - UVA (2016); Especialista em Vigilância Sanitária pelo Instituto Superior de Teologia Aplicada - INTA (2009); Especialista em Gestão, Auditoria e Perícia em Sistemas de Saúde pela Universidade Estadual do Ceará -UECE (2019); Mestranda em Gestão em Saúde pela Universidade Estadual do Ceará- UECE (2023); Preceptora do Curso de Enfermagem no Centro Universitário- UNINTA em Unidade Hospitalar e CSF.
Ana Paula Cavalcante Ramalho Brilhante: Possui graduação em Enfermagem 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. Foi Coordenadora de Unidade Básica de Saúde- Buriti (MA), Instrutora supervisora do PACS (MA), Secretária Municipal de Saúde de Buriti (MA), Coordenadora da Estratégia Saúde da Família dos Distritos Administrativos de Belém (PA- Mosqueiro e Guamá, Diretora do Departamento de Ações e Saúde - DEAS em Belém (PA), Professora substituta na Universidade Estadual do Pará (UEPA) no curso de Enfermagem. Atuou como Assessora Técnica na Secretaria Municipal de Fortaleza na área da criança e adolescente, Saúde da Família, Coordenou a Política Municipal de Educação Permanente de Fortaleza no período de 2009 a maio de 2013. Atualmente é Assessora Técnica - Secretaria do Estado da Saúde- Ceará/ Escola de Saúde Pública do Ceará (servidora pública), Coordena atualmente na Escola de Saúde Pública-CE o Projeto Rede Estadual Saúde Escola, Enfermeira da Estratégia Saúde da Família - Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza (Servidora Pública) e Colaboradora no Mestrado Profissional em Gestão em Saúde da Universidade Estadual do Ceará (UECE), Especialização em Saúde Mental. Tem experiência na área de Saúde Coletiva, atuando principalmente nos seguintes

temas: Gestão, Atenção Primária à Saúde, Estratégia Saúde da Família, Redes de Atenção à Saúde, Saúde da Criança, Saúde da Mulher, Humanização, Educação Permanente, Análise Institucional, Violência contra a Mulher, Criança, Adolescente, Idoso e Violência Institucional.

André Lima Sousa: Professor de Economia Política do curso de Ciências Sociais e do mestrado profissional em Gestão da Saúde na Universidade Estadual do Ceará. Bacharel em Ciências Econômicas pela UFC, mestre em Desenvolvimento Regional e Urbano pelo PPGG-UFSC e doutor em Geografia Humana pelo IESA/UFG. Tem experiência nas áreas de Economia e Geografia, com interesse especial pelos seguintes temas: História do Pensamento Econômico; Economia e Natureza; Economia da Saúde; Economia Brasileira; Economia Solidária e Autogestão; Estado e Políticas Públicas; Desenvolvimento Regional; Produção do Espaço Urbano; Conflitos Territoriais; Espaço Transitório e Ecossocialismo.

Andrea Cavalcante Macedo: Graduação em Terapia Ocupacional pela Universidade de Fortaleza (1998). Apresenta cursos de pós-graduação em Psicomotricidade pela UECE (2001), Gestão em Saúde pela ENSP/FIOCRUZ (2016) e Saúde Pública: ênfase em saúde mental, álcool e outras drogas pela IBRA (2022). Com atuação profissional em clínica, hospital e Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), e na gestão em saúde mental e atenção primária em saúde. Atualmente trabalha no Hospital Universitário Walter Cantídio, vinculado a Universidade Federal do Ceará (HUWC/UFC), vínculo EBSERH. E é servidora pública da Secretaria da Saúde da Prefeitura Municipal de Fortaleza, na área da saúde mental. Preceptora da Residência Multiprofissional RESMULTI-UFC, ênfase saúde mental. Participante do Grupo de Pesquisa Saúde Mental, Família e Práticas de Saúde e Enfermagem do CNPq. Membro do projeto de extensão Arte Livre da Universidade Federal do Ceará (UFC). Mestranda em Gestão em Saúde pela Universidade Estadual do Ceará.

Andréa de Sousa Quintela: Possui graduação em Enfermagem pela Universidade Estadual do Ceará (1998). Tem experiência na área de Enfermagem, com ênfase em Enfermagem em Saúde Coletiva. Especialização em Enfermagem em Centro de Terapia Intensiva (UECE); Especialização em Saúde da Família (UFC); Especialização em Educação Profissional na área de Saúde: Enfermagem (ENSP); Mestranda em Gestão em Saúde (UECE).

Andrea Caprara: Professor Associado no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual do Ceará. Possui graduação em Medicina e Cirurgia - Medicina e Chirurgia dellUniversità degli Studi di Modena e Reggio Emilia, Itália (1981) e Doutorado em Antropologia - Universidade de Montreal (1994). Professor colaborador (EAD) nas seguintes Instituições Académicas: University of Maine, USA, 2020-, Istituto Superiore di Sanita`(1991-95), Itália, Universidade Sapienza, Roma (2007-08), Escola de Saúde Pública do Ceará, Instituto de Saúde Coletiva, UFBA, Agenzia di Sanità Pubblica, Roma 2001-2011. Colaborador do Conselho diretivo SIAM - Sociedade Italiana di Antropologia Medica desde 1996 até 2013 e da Comissão de Ciências Sociais e Humanas em Saúde da Abrasco (2013-2016) ; membro da Fondazione A. Celli, Perugia, Itália até 2020. Bolsista de produção científica PQ2 (CNPq), e Pesquisador Chefe da FUNCAP (2019-21), com experiência na área de antropologia da saúde. Atualmente colabora com a Pataforma ReCoDID Consortium com 19 Instituições internacionais , uma meta-cohort de varias plataformas para estudo das arboviroses. Desde 2018 lidera um projeto de pesquisa interdisciplinar: Ciência e Inovaçao em Políticas Públicas na Área da Saúde", projeto que tem, como objetivo, o fortalecimento do autocuidado de pessoas com doenças crônicas. O projeto tem suporte da FUNCAP, OPAS, e SMRC da Universidade de Stanford. Entre 2017-2020, coordenador no Brasil do projeto de controle de vetores com abordagem eco-bio-social, juntos a diferentes instituições: IDRC do Canada, TDR/OMS,

Fundación Santa Fé, Bogotá, Colombia, UADY/Mexico. Os seus projetos de pesquisa têm recebido também o apoio de agências nacionais (CNPq, FUNCAP). Investigador Principal (PI) de um projeto 2018-20, coordenado pela Université de Montréal projeto COESA com o suporte de: Canadian Institutes of Health Research e Research Institute for sustainable Development (IRD France). Em 2019 e 2020 host Academic Supervisor de alunos da Université de Montréal em Fortaleza, juntos a UECE. Na area editorial científica, totaliza 182 trabalhos publicados incluindo 83 artigos em revistas nacionais e internacionais e 99 entre capítulos e livros. Membro do Comitê Editorial de AM Rivista della Società Italiana di Antropologia Medica (desde 1996 até 2021), de Interface. Comunicação, Saúde e Educação (desde 2004), membro do Conselho Editorial da Editora Cepesc (Laboratório de Pesquisas sobre Práticas de Integralidade em Saúde Lappis), da Revista Geriatria & Gerontologia (desde 2007), do periódico Escola Anna Nery, Revista de Enfermagem (desde 2007), da Revista Baiana de Saúde Pública (desde 2009), assim como da Rede Nacional de Especialistas em Zika (Renezika). Destacam-se os seguintes livros: Transmettre la maladie. Représentations et pratiques de la contagion (ed. Paris: Éditions Karthala, 2000); Interpretare il contagio (Lecce: Argo editore-Fondazione A. Celli, 2001); em co-autoria com Alvaro Madeiro Leite e João Macedo, Habilidades de comunicação com pacientes e famílias (São Paulo: SARVIER, 2007); ECOSSAÚDE, UMA ABORDAGEM ECO-BIO-SOCIAL: PERCURSOS CONVERGENTES NO CONTROLE DO DENGUE (2013); em 2018 tem sido Guest Editor do dossiê: Urban health and prevention and control of vector-borne diseases, da Revista Infectious Diseases of Poverty (juntos a Mariam Otmani del Barrio e Frédéric Simard) e em 2023 publicou na Revista Lancet Global Hralth os resultados de projeto Multicêntrico IDAMS com suporte da Uniào Europeia.

Anísia Ferreira de Lima: Mestranda em gestão e saúde em curso pela Universidade Estadual do Ceará, através do mestrado profissional. Especialista em Epidemiologia e Vigilância a Saúde (UFC-2010), com graduação em Enfermagem pela Universidade de Fortaleza (1997). Atualmente é enfermeira técnica da 5ª CRES de Canindé e Secretaria Municipal de Saúde Canindé. Tem experiência na área de Enfermagem, com ênfase em Enfermagem de Saúde Pública e Epidemiologia, atuando principalmente nos seguintes temas: saúde da família, cuidados de enfermagem, saúde, hanseníase e endemias.

Antônia Araújo Firmo: Graduação: Administração Bacharelado - UNOPAR (2019); Especialista em Gestão e Auditoria em Serviços de Saúde UniIATENEU (2021); MBA em Gestão e Auditoria em Finanças, Controladoria e Auditoria. UNINTA (2022); Especialista em Gestão Financeira URCA (2023); Mestranda em Gestão em Saúde – UECE; 131210 – Gerente de Serviço de Saúde em Hospital do Coração de Sobral (Faturamento); Admiradora da CARDIODOCTORS CLINICA MEDICA ESPECIALIZADA (Clinica do Coração de Sobral).

Antônio Augusto Ferreira Carioca: Graduado em Nutrição pela Universidade Estadual do Ceará (2011). Mestre em Ciências (2014), área de concentração Nutrição em Saúde Pública. Doutor pelo Programa de Pós-Graduação em Nutrição em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (2017). Desenvolve pesquisas na área de Epidemiologia Social e Nutricional com foco na avaliação do comportamento alimentar, desigualdades sociais e inequidades em saúde. Atualmente, exerce atividade de docência na Universidade de Fortaleza. Professor dos programas de Pós-graduação em Saúde Coletiva (UNIFOR), Mestrado profissional em Gestão em Saúde (UECE) e Nutrição e Saúde (UECE).

Camila Alves Nogueira: Possui graduação em enfermagem pela Faculdade de Ciências Médicas de Campina Grande-PB (2010); Pós-graduada em gestão em saúde pela Universidade Estadual do Ceará (2012); Pós-graduada em Saúde da Família pela Universidade Regional do Cariri-

URCA; Pós graduanda em Nefrologia pela Universidade Leão Sampaio-UNILEAO, Pós graduanda em enfermagem do trabalho.

Carolina Nápoles Medeiros Filgueira de Sá: Graduada em Odontologia pela Universidade Federal de Pernambuco (2017). Mestranda em Gestão e Tecnologia em Saúde pela Universidade Estadual do Ceará. Tem Especialização em Odontopediatria com Capacitação em Atendimento Odontológico ao Paciente com Necessidades Especiais pela Faculdade de Sete Lagoas (2022), Habilitada em Aplicação de Analgesia Relativa ou Sedação Consciente com Óxido Nitroso pela Faculdade Garça Branca Pantanal (2022). Possui Atualização em Ortopedia Funcional dos Maxilares (2020) e Aperfeiçoamento em Prótese Fixa (2018) pelo Centro de Pós Graduação em Odontologia. Participou do Projeto de Extensão Implante seu Sorriso na Universidade Federal de Pernambuco e do Projeto Sorrindo nos Hospitais pelo Hospital das Clínicas de Pernambuco. Integrou junto ao Grupo da Liga Acadêmica de Dentística. Organizou a Primeira Jornada da Liga Acadêmica de Dentística. Monitora em Pacientes com Necessidades Especiais e Monitora da disciplina de Materiais Dentários.

Caroline Monique Rego Chagas Dantas: Graduação em Odontologia pela Universidade Federal do Ceará (2005). Cirurgiã-Dentista da Estratégia Saúde da Família da Prefeitura Municipal de Fortaleza desde 2012. Especialista em Ortodontia pela Faculdade Ingá (2014). Mestranda em Gestão em Saúde pela Universidade Estadual do Ceará - UECE (2023-2024). Possui Pós- Graduação em Harmonização Orofacial pela Academia Cearense de Odontologia (2022). Possui aperfeiçoamento em Ortopedia pelo ICEO (2013). Aperfeiçoamento em Prótese Fixa pela Associação Brasileira de Odontologia (2008). Aperfeiçoamento em Prótese Dentária pela Associação Brasileira de Odontologia (2008). Aperfeiçoamento em Dentistica Estética pela Associação Brasileira de Odontologia (2007). Aperfeiçoamento em Endodontia pela Academia Cearense de Odontologia (2007). Aperfeiçoamento em Saúde da Família pela Associação Brasileira de Odontologia (2005).

Cicera Tavares de Lucena: Enfermeira pela faculdade Santa Maria - FSM (2010). Especialista em Gestão em Saúde pela Universidade Estadual do Ceará - UECE (2012). Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria pela Universidade do Vale do Acaraú (2012) UVA. Especialistas em Estratégia de Saúde da Família pela Universidade do Vale do Acaraú – UVA (2013). Especialista em Educação na Saúde para Preceptores do SUS pelo Hospital Sírio Libanês (2014). Especialista em Atenção À Saúde de Pessoas Com Sobrepeso e Obesidade pela Faculdade Federal de Santa Catarina (2023). Mestranda em Gestão em Saúde pela Universidade Estadual do Ceará - UECE. Coordenadora da COADS Brejo Santo. ORCID: 0000-0002-2513-7033.

Clarice Maria Araújo Chagas Vergara: Nutricionista graduada pela Universidade Estadual do Ceará - UECE (2004), Pós-doutorado em Saúde Coletiva - UECE (2015), Doutorado em Biotecnologia - RENORBIO (2013), Mestrado em Tecnologia de Alimentos - UFC (2007). Professora Adjunta do Curso de Nutrição da Universidade Estadual do Ceará. Coordenadora e Professora do Mestrado Profissional em Gestão em Saúde (MEPGES) da Universidade Estadual do Ceará. Professora do Curso de Especialização em Gestão da Qualidade em Serviços de Alimentação da UECE. Coordenadora do Grupo de Estudos em Alimentação Coletiva (GEAC) - UECE. Assessora Técnica da Célula de Vigilância Sanitária de Fortaleza. Docente integrante do grupo de pesquisa Nutrição e Doenças Crônico-Degenerativas. Atualmente integra Comissão Assessora de área de Nutrição do Exame Nacional de Desempenho de Estudantes (ENADE). Tem experiência na área de Nutrição, com ênfase em Doenças Crônicas Não Transmissíveis, Alimentação Coletiva, Tecnologia e Inovação em Alimentos e Saúde Coletiva, Educação em Saúde e Segurança Alimentar e Nutricional.

Cybelle Façanha Barreto Medeiros Linard: Pos-doutorado em Saúde Coletiva, Doutora em Ciências Farmacêuticas, Mestre em Ciências Fisiológicas, Especialista em Gestão pública de Saúde. Farmacêutica com Habilidade em Análises Clínicas pela Universidade Federal do Ceará. Possui experiência em farmácia clínica e comercial; sistema nervoso central; dor e analgesia; saúde coletiva. Professora universitária com expertise em Imunologia Clínica, Hematologia Clínica, Citologia clínica, Microbiologia clínica, Farmacognosia, Farmacologia. Atua principalmente, nos seguintes temas: Epidemiologia da Saúde da Criança e do Adolescente, Educação e Profissionais de Saúde. Orcid.org/0000-0001-7927-9320

Cora Franklina do Carmo Furtado: Possui graduação 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). Atua na docência na Universidade Estadual do Ceará (UECE) na condição de Professora Adjunta, coordenadora de curso de Administração Pública modalidade EAD da UECE, Vice Coordenadora do Curso de Administração, Professora Colaboradora do Mestrado Profissional em Gestão em Saúde (MEPGES) nas disciplinas de empreendedorismo e qualidade. Tem experiência na área de Administração tanto nas práticas empresariais quanto na docência. Com práticas e estudos principalmente nos seguintes temas: administração, administração pública, empreendedorismo, marketing, desenvolvimento sustentável e administração. Membro da Academia Instituto de Cidadania Empresarial (ICE). Assessora de Empreendedorismo da Agência de Inovação da UECE

Daniel de Aguiar Rodrigues: Graduação em Enfermagem pelo Centro Universitário - UNINTA (2021). Mestre e Doutorando em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual do Ceará - UECE. Docente e Gestor de Pesquisa (NDE) do curso de Enfermagem do Centro Universitário INTA campus Itapipoca. Participa como membro do grupo de pesquisa no diretório do CNPq: Redes Integradas de Saúde. Possui como linhas de pesquisa: Saúde da Mulher; Violência contra a mulher e Alterações climáticas na saúde da mulher.

Daniele da Silva Araújo: Graduada em Enfermagem pela Faculdade Integrada da Grande Fortaleza (2011). Especialista em Enfermagem Obstétrica (2013) e Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva (2018) pela Universidade Estadual do Ceará. Pós-graduanda em epidemiologia e qualidade do serviço de saúde pelo Centro Universitário do Vale do Ribeira (em curso 2023). Mestranda em Gestão em Saúde pela Universidade Estadual do Ceará (em curso 2023). ORCID: 0000-0001-9646-128X.

Edypo De Sousa Carlos: Graduação em Fisioterapia pela Faculdade Estácio do Ceará (2015). Especialista em Saúde Pública pela Escola de Saúde Pública do Ceará Paulo Marcelo Martins Rodrigues (ESP/CE). Foi preceptor pela Escola de Saúde Pública do Ceará, no qual acompanhou profissionais da Residência Multiprofissional em Saúde da Coletiva. Foi Coordenador de Vigilância em Saúde e Coordenador de Imunização da Área Descentralizada de Saúde de Crateús (SESA/CE). Foi membro do Comitê Regional de Mortalidade Materna, Infantil e Fetal da Áreas Descentralizadas de Saúde de Crateús (SESA/CE). Tem experiência na área de Fisioterapia em: Geriatria, Neurologia, Pediatria, Pneumologia, Terapia Intensiva, Hidroterapia, Termoterapia, Eletroterapia, Prótese, Órteses e Esportiva. Foi Fisioterapeuta no Ceará Sporting Club, atuando principalmente nos seguintes temas: tratar e recuperar as lesões causadas pelo exercício físico de alto rendimento. Atualmente é o Diretor Geral da Policlínica Regional de Crateús Raimundo Soares Resende unidade pertencente ao Consorcio Público de Saúde da Microrregião de Crateús. Mestrando em Gestão em Saúde pela Universidade Estadual do Ceará (em curso 2023).

Fernando Nogueira Cavalcante: Mestrando profissional em Gestão em saúde pela Universidade Estadual do Ceará – UECE; Especialista em Farmácia Clínica e cuidados Farmacêuticos pela ESAMAZ polo de Sobral-CE em 2020; Especialista em Hematologia pela Faculdade Única no ano 2022; Graduado em Farmácia pelo Centro Universitário INTA - UNINTA em 2019; Graduado em Administração pela Universidade Estadual Vale do Acaraú - UVA no ano de 2009; Atualmente trabalha no Hemocentro Regional de Sobral - CE, tendo atuado até junho de 2021 como farmacêutico hospitalar no ambulatório de coagulopatias e hemoglobinopatias sendo o coordenador da farmácia deste serviço e no momento atuando como farmacêutico-Bioquímico e gestor do Laboratório de processamento de hemocomponentes. Trabalho também no hospital Santa Casa de Misericórdia de Sobral-CE, tendo atuado na função de coordenador do serviço de radiologia de 2007 a 2012 e atualmente exercendo a função de técnico em radiologia (tomografia computadorizada), possuindo assim uma ampla experiência em serviços de saúde.

Filipe Celestino Girão Nobre: Graduação em Fisioterapia (Bacharelado) - Faculdade Integrada do Ceará (FIC) – 2007; Especialização em Epidemiologia e Vigilância em Saúde - Universidade Federal do Ceará (UFC)–2014; Especialização em Saúde Coletiva - Universidade de Fortaleza (UNIFOR)–2014; Especialização em Terapia Intensiva - Escola de Saúde Pública do Ceará (ESPCE)–2015; MBA em Gestão em Saúde - Centro Universitário São Camilo–2020; Mestrado em Gestão em Saúde - Universidade Estadual do Ceará (UECE) - 2021.

Francisca Eridan Fonteles Albuquerque: 2021: Especialista em controle, avaliação, regulação e auditoria; Faculdade Teológica e Filosófica de RATIO; 2009: Especialista em Práticas Clínicas, Escola de Saúde Pública do Ceará/ ESP; 2005: Especialista em Capacitação Pedagógica para Facilitadores do Curso de Aux. de Enfermagem, PROFAE UECE/ PROFAE MS/ BRASIL; 2003: Especialista em Sistemas Microrregionais de Serviços de Saúde, ESP/CE; 2003: Especialista em Gestão de Serviços Locais de Saúde, ESP- CE; 1999: Especialização para o Aperfeiçoamento da Gestão em Saúde das Microrregionais de Saúde, ESP- CE; 1996: Especialista em Educação e Saúde Pública, UNIFOR- CE; 1994: Especialista em Enfermagem do Trabalho, UECE- CE. Atualmente está na Assessoria de Planejamento e Projetos da Secretaria Municipal de Saúde de Aquiraz, na Coordenação da Implantação do Prontuário Eletrônico e na Coordenação da Saúde da Criança. Mestranda em Gestão em Saúde pela Universidade Estadual do Ceará.

Francisco Diones Araújo Rodrigues: Enfermeiro, Mestre em Gestão em Saúde UECE (2020). Especialista em Gestão em Saúde UECE (2018), Saúde Mental Coletiva na Modalidade de Residência Multiprofissional pela Escola de Saúde Pública do Ceará RIS-ESP/CE (2017), Enfermagem Psiquiátrica pela Faculdade UNYLEYA (2015) e Saúde da Família pela Faculdade Santa Marcelina FASM (2011). Experiência na Assistência de Enfermagem, Gestão em Saúde e Docência. Atuação na assistência de Enfermagem nos CAPS dos Municípios de Itapajé - CE, Crateús - CE e Fortaleza - CE. Professor nas Especializações em Saúde Pública e da Família, Saúde Mental e Atenção Psicossocial, Enfermagem em Urgência e Emergência e em Gestão e Auditoria em Saúde da Faculdade de Quixeramobim (UNIQ). Direitos Sociais e Políticas Públicas, Enfermagem do Trabalho e Gestão e Auditoria de Sistemas e Serviços de Saúde da Faculdade Princesa do Oeste (FPO).

Francisco das Chagas Dourado de Barros: Graduado em Licenciatura em Biologia pela Universidade estadual Vale do Acaraú - UVA - 2017; Especialização em Vigilância e Controle de Endemias pela Escola de Saúde Pública do Ceará - ESP/CE - 2016; Mestrando profissional em

gestão em saúde pela Universidade Estadual do Ceará- UECE; Coordenador da Vigilância em Saúde Ambiental - Secretaria Municipal de Saúde de Caucaia/CE, desde março de 2018 - presente data. Acesso ao currículo Lattes: http://lattes.cnpq.br/0123176970802767

Gandavya Aguiar Machado Diniz: Enfermeira pela Universidade de Fortaleza - UNIFOR (2004).; MBA em Pós- graduação em Saúde Pública e Saúde da Família- Universidade Castelo Branco (2004 -2006); Especialista em Gestão de Políticas de Saúde Informadas por Evidências- Hospital Sírio Libanês (2015-2016); Mestranda em Gestão em Saúde - Universidade estadual do Ceará UECE; Assistente Técnica da Área Descentralizada de Saúde de Tianguá.

Gardênia Maria Oliveira Alves: Graduação: Enfermagem Bacharelado - UECE (1996); Especialista em Saúde Publica - UECE-2001; Especialista em Saúde da Família - ESP – 2003; Especialista em Avaliação em Saúde- Fiocruz–2011; *Especialista em Educação a Distância- SENAC- 2012; Especialista em Educação na Saúde para Preceptores do SUS - Hospital Sírio Libanês- 2020; Especialista em Mediação de Processos Educacionais na Modalidade Digital - Faculdade São Leopoldo Mandic – 2021; *Mestranda em Gestão em Saúde – UECE; Supervisora Geral da Residência Multiprofissional em Saúde do Hospital São José _ Ênfase Infectologia.

Geziel dos Santos de Sousa: Pós-doutorado em andamento, PPSAC/UECE (2022), Doutor em Saúde Coletiva (2011-2016) e Mestre em Saúde Coletiva (2007-2009) pela Universidade Federal do Ceará, bacharel em Geografia pela Universidade Estadual do Ceará (2003-2005). Atualmente: Docente colaborador do Doutorado em Desenvolvimento e Meio Ambiente, Associação Plena Em Rede, PRODEMA/UFC. Docente permanente do Mestrado Profissional em Gestão em Saúde - MEPGES da UECE na disciplina de Geotecnologias aplicadas à Gestão em Saúde. Assessor técnico em Vigilância Epidemiológica da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza.

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, respondendo pelas disciplinas Nutrição e Doenças Crônicas Não Transmissíveis e Letramento em Saúde. Docente permanente do Mestrado Profissional em Gestão em Saúde da UECE, respondendo pela disciplina Gestão da Clínica em Saúde e Estratégias de Letramento em Saúde. Especialista em Literacia em Saude na Prática, Métodos, Estratégias e Intervenção, pelo Instituto Universitário de Ciências Psicológicas, Sociais e da Vida (ISPA), de Portugal. Bolsista de Produtividade CNPq - PQ2, triênio 2024-2026. É lider do grupo de pesquisa Letramento em Saúde, Nutrição e Doenças Crônico-Degenerativas. É integrante da International Health Literacy Association (IHLA), da Sociedade Portuguesa de Literacia em Saúde (SPLS) e da Rede Brasileira de Letramento em Saúde (REBRALS). Na REBRALS integra a diretoria executiva e a diretoria científica. Também é membro fundador da Academia Cearense de Saúde Pública (ACESP). ORCID 0000-0001-5353-8259.

Indara Cavalcante Bezerra: Farmacêutica pela Universidade de Fortaleza (2004). Mestre em Saúde Pública pela Universidade Estadual do Ceará (2013). Doutora em Saúde Coletiva pelo programa de Pós-Graduação Ampla Associação das Instituições Universidade Estadual do Ceará (UECE), Universidade Federal do Ceará (UFC) e Universidade de Fortaleza (UNIFOR) (2016). Pós-doutora pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UNIFOR (2017-2019). Docente do Mestrado Profissional em Gestão em Saúde - UECE. Docente do Curso de

Especialização em Saúde Mental - UECE. Membro do núcleo de pesquisa Saúde Mental, Família, Práticas de Saúde e Enfermagem (CNPq), vinculado à UECE. Membro do grupo de pesquisa "Políticas e práticas na promoção da saúde da mulher, vinculado à UNIFOR. Membro do grupo de pesquisa Cuidados de Enfermagem e Tecnologias em Saúde (CNPq) do Instituto para o Desenvolvimento da Educação. Tem experiência na área de Saúde Coletiva, atuando principalmente nos seguintes temas: avaliação em saúde, gestão, tecnologias em saúde, metodologias qualitativas de pesquisa, produção do cuidado, assistência farmacêutica, uso abusivo de drogas, saúde da mulher, saúde do idoso e saúde mental.

Isadora Macedo Lima da Assunção: Possui graduação em Fisioterapia pela Universidade de Fortaleza (1999). Atualmente é diretora administrativa financeira - Policlínica Regional de Crateús. Tem experiência na área de Fisioterapia e gestão administrativa. Mestranda em Gestão em Saúde pela Universidade Estadual do Ceará (em curso 2023).

Iseuda Ferreira de Lima: Mestre em Ensino de Filosofia pela Universidade Federal do Ceará, Especialista em Administração Escolar pela Universidade Estadual Vale do Acaraú e graduada pela Universidade Estadual do Ceará em Filosofia - Licenciatura Plena e graduada em Pedagogia pela Uniderp -Anhanguera. Atuo na área da educação desde de 2003.

Juliana Campos da Silva: Técnica em radiologia pelo Centro de Ensino Técnico e Intensivo - CENETI (2005); Pedagoga pela Universidade Estadual do Ceará - UECE (2007); Enfermeira pela Faculdade Metropolitana da Grande Fortaleza - FAMETRO (2011.1); Especialista em Enfermagem Pediátrica e Neonatologia pela Faculdade Metropolitana da Grande Fortaleza - FAMETRO (2017); Especialista em Auditoria em Serviços de Saúde Pública e aprovada pelo CEQUALE (2023); Mestranda em Gestão em Saúde pela Universidade Estadual do Ceará; Assessora técnica administrativa da Diretoria de Enfermagem do IJF.

Kelcione Pinheiro Lima Joter: - Enfermeira pela Universidade de Fortaleza - UNIFOR (2011.1); Mestranda em Gestão em saúde - Universidade estadual do Ceará UECE; Especialista em Enfermagem Neonatal - Universidade Federal do Ceará UFC (2012); Especialista em Enfermagem em terapia intensiva - Universidade de Fortaleza UNIFOR (2017); - Especialista em Enfermagem do trabalho - Faculdade UNILEYA (2022); Enfermeira intervencionista - SAMU Ceará 2011 - Atual.

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. Pesquisadora do Laboratório de Saúde nos Espaços Educacionais com foco na Educação em Saúde e na Formação em Saúde, ligado ao Doutorado em Saúde Coletiva da Universidade de Fortaleza (UNIFOR). Bolsista de doutorado da Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico (FUNCAP). Bolsista do Programa de Doutorado Sanduíche no Exterior (PDSE) da CAPES na Universidade de Massachusetts em Amherst. Possui experiência docente na área da Saúde e da Educação e em tutorial presencial e a distância, atuando principalmente nos seguintes temas: Formação em Saúde; Ensino na Saúde, Educação em Saúde, Saúde na escola. Atualmente é avaliadora de curso de graduação do INEP-MEC. É docente dos Cursos de Mestrado Profissional Ensino na Saúde, Gestão em Saúde e Saúde da Criança e do Adolescente da Universidade Estadual do Ceará. Professora do curso de Enfermagem e Psicologia e presidente da Comissão Própria de Avaliação da Faculdade Luciano Feijão. Diretora Acadêmica da Escola Superior do Parlamento Cearense - UNIPACE.

Lisiane Melo de Carvalho: Graduação em Serviço Social pela Universidade Estadual do Ceará, Brasil (2000). Assistente Social do Instituto Dr. José Frota, Brasil. Mestranda em Gestão em Saúde – UECE.

Lucas de Sousa Ribeiro: Graduado em Medicina pela Universidade Federal do Ceará (2016), Mestrando em Gestão em Saúde pela Universidade Estadual do Ceará. Tem residência médica em Ginecologia e Obstetrícia pelo Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco (2022), especialização em Medicina Fetal pelo IMIP (2023). Participou como bolsista de Iniciação Científica do Laboratório Integrado de Biomoléculas - LIBS/UFC-Sobral; Integrou o Grupo de Estudos em Saúde Mental Interdisciplinar de Sobral - Gestus Mentis. Monitor de habilidades de comunicação do módulo de Desenvolvimento Pessoal e Monitor da disciplina de Neurologia.

Mardênia Gomes Vasconcelos Pitombeira: Docente do curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual do Ceará (UECE) e Centro Universitário Christus (UNICHRISTUS). Possui graduação em Pedagogia e Enfermagem pela Universidade Estadual do Ceará (UECE). Mestre em Saúde Pública pela UECE. Doutora em Saúde Coletiva pelo programa de Pós-Graduação Ampla Associação das Instituições Universidade Estadual do Ceará (UECE), Universidade Federal do Ceará (UFC) e Universidade de Fortaleza (UNIFOR). Pós-doutorado em Saúde Coletiva pela UECE. Atualmente é membro representante do corpo docente da Comissão Própria de Avaliação (CPA) na Unichristus. Atua na pós-graduação Lato Sensu e Stricto Sensu, como professora e orientadora do Mestrado Profissional em Saúde da Criança e do Adolescente e Mestrado Profissional em Gestão em Saúde da UECE. Tem experiência na área de Enfermagem, Saúde Mental e Saúde Coletiva, atuando principalmente nos seguintes temas: itinerários terapêuticos, cuidado de enfermagem na saúde da criança e do adolescente e suas famílias, saúde mental.

Maria de Fátima Vasques Monteiro: Doutora em Ciências da Saúde, Mestre em Ciências da Educação. Especialista em Processos Educacionais na Saúde com ênfase em aprendizagem significativa, Especialização em Educação Profissional na Área da Saúde: Enfermagem e Especialização em Gestão de Sistema de Saúde. Especialista em Docência do ensino superior. Professora adjunta do Departamento de Enfermagem da Universidade Regional do Cariri - URCA. Docente na área da criança e adolescente e em Gestão das ações e serviços de saúde e enfermagem, tutora em residência multiprofissional. Servidora pública da Secretaria Estadual da Saúde do Ceará exercendo atualmente como Secretária Executiva da Comissão Intergestores Regional- 2 CIR Cariri e articuladora do Núcleo de Educação Permanente em Saúde da Região de Saúde - NUREPS Cariri.

Maria Eliana Peixoto Bessa: Possui graduação em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará (2004), Mestrado em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará (2007) e Doutorado em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará (2012). Especialista em Acupuntura pela Associação Brasileira de Acupuntura (ABA) e tem formação em Terapias Integrativas e Complementares (Arvore da Vida - CDH). Possui especialização em Enfermagem do Trabalho (UECE), em Enfermagem na atenção primária com ênfase na estratégia saúde da família e Especialização em enfermagem na saúde pública com ênfase em vigilância em saúde (DNA/COREN 2022 a 2023). Especialização em gestão da qualidade e acreditação em saúde cequale (2022 a 2023). Possui experiência na área assistencial como Enfermeira da Estratégia Saúde da Família, na área Hospitalar, Saúde Mental, Práticas integrativas e complementares. Na área da docência (inicio em 2007) leciona disciplinas direcionadas para saúde coletiva, saúde do idoso e saúde mental. Tem ainda experiência na área de gestão acadêmica e gestão

hospitalar. Estuda didática do ensino superior, com ênfase nas metodologias ativas e as novas tecnologias educacionais. Na área da pesquisa tem como ênfase a Gerontologia, atuando principalmente nos seguintes temáticas: idoso, enfermagem, idoso fragilizado, instituições de longa permanência, atenção básica e saúde mental.

Maria Josane Pereira: Graduação: Enfermagem - UFC -(1995); Especialização em Administração dos Serviços de Saúde pela Universidade de Ribeirão Preto(1997); Especialização em Saúde da Família pela Universidade Estadual do Ceará(2002); Especialização em Educação Profissional na Área de Saúde: Enfermagem pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca(2004) ; Especialização em Saúde Pública na Área de conhecimento: Saúde pela Faculdade de Tecnologia Evolução (2015); Mestranda em Gestão em Saúde - UECE; Assessora Técnica da Coordenadoria da Gestão do Cuidado - Superintendência da Região de Fortaleza (SRFOR) - Secretaria da Saúde do Estado do Ceará.

Maria Luciana de Almeida Lima: Possui graduação em Enfermagem pela Universidade Estadual do Ceará (1999). Atualmente é Superintendente de gestão administrativa da secretaria de saúde da Prefeitura de Morada Nova. Tem experiência na área de Enfermagem, com ênfase em Enfermagem. Mestrando em Mestrado Profissional em gestão em saúde-UECE.

Maria Raquel Rodrigues Carvalho: Enfermeira. Mestre e doutora em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual do Ceará. Possui especialização em: Auditoria em Serviços de Saúde Pública e Privada; e Enfermagem Obstétrica. Integrou o corpo docente do Curso de Graduação em Enfermagem atuando nas disciplinas Enfermagem em Saúde da Mulher e Enfermagem em Saúde Mental, na UECE. Atualmente, está como orientadora da Célula da Atenção Especializada na Secretária de Saúde do Estado do Ceará e Professora do Mestrado Profissional de Gestão em Saúde (MEPGES) e da Especialização em Saúde Mental da UECE. Tem experiência na área de Enfermagem, com ênfase em Saúde Coletiva, atuando principalmente nos seguintes temas: saúde mental, saúde coletiva, saúde pública, saúde da mulher, obstetrícia e Atenção Primária. ORCID: 0000-0002-0194-8851

Maria Selete Bessa Jorge: Possui graduação em Enfermagem pela Escola de Enfermagem São Vicente de Paula Agregada a UFC (1970), graduação em Administração Pública pela Universidade Estadual do Ceará (1981), graduação em Licenciatura em Enfermagem pela Universidade Estadual do Ceará (1984). Especialização em Enfermagem Psiquiátrica pela Universidade Estadual do Ceará (1986), mestrado em Enfermagem Psiquiátrica pela Universidade de São Paulo (1992) e doutorado em Enfermagem (1997) Doutorado em Enfermagem na Universidade de São Paulo (1997). Atualmente é professor titular da Universidade Estadual do Ceará, Pesquisador bolsista produtividade CNPq 1B pela Enfermagem (de 2003-2/2002 na Universidade Estadual do Ceará e coordenadora do laboratório interdisciplinar da Universidade Estadual do Ceará desde 2007. Líder do Grupo de Pesquisa Saúde Mental, Família e Práticas de Saúde. Realizou convênios com Universidade Estrangeiras (Valência, Itália e Universidade do Porto, e em Coimbra atualmente). Tem experiência na área de Enfermagem Psiquiátrica, Saúde Mental e Saúde Coletiva, atuando principalmente nos seguintes temas: saúde mental, enfermagem, representações sociais, mulheres e cuidados de enfermagem, saúde Coletiva, Avaliação, produção do Cuidado, Gestão do Cuidado, Projetos de avaliação em parceria com docente Mauro Serapioni de Portugal e hoje professor visitante até 2016. Supervisão de pós-doc na área de Saúde Coletiva até 2018. Discute a interface das pesquisas entre Saúde e Ciências humanas e sociais. Participa de Congressos internacionais e nacionais com apresentação de trabalhos e debates. APROVADA em projeto PRONEX CNPQ/FUNCAP em 2015 em que as teses e dissertações são de enfermeiros no campo

da Enfermagem e da Saúde Coletiva, com parceria da Universidade Federal do Ceará da Pós-graduação em Promoção da Saúde sob a responsabilidade da Profa. Dra. Ana Fátima Carvalho e da Profa. Dra. Thereza Maria Magalhães Moreira do PPSAC e Cuidados Clínicos. Produção de livros que remetem a necessidade da população. Aprovou o projeto de Gestão em saúde pela Área de Saúde Coletiva, iniciando em janeiro de 2016.Quarto lugar na lista de BRICS em 2021 como professor da UECE. Membro Fundadora da Academia Cearense de Saúde Pública, criada em 2020. Localizada na UECE/NUPEINSC. Profa. aposenta e Emérita da UECE em 2022.

Marília Félix Apolônio: Possui graduação em Enfermagem pela Universidade Estadual Vale do Acaraú (2008), pós-graduada em Gestão da Qualidade de serviços de Saúde, mestranda em Gestão em Saúde pela Universidade Estadual do Ceará. Atualmente é gerente de atendimento ao cliente do Instituto de Saúde e Gestão Hospitalar- ISGH. Tem experiência na área de Gestão em Saúde Pública com ênfase em Atenção Primária à Saúde.

Mirlene Souza Santos Soares: Mestranda em Gestão em Saúde pela Universidade Estadual do Ceará/UECE (2023); Especialista em Gestão, Auditoria e Perícias em Sistemas de Saúde pela UECE(2017-2018); Especialista em Enfermagem em Terapia Intensiva pelo Centro Universitário/UNIFAMETRO (2017-2019); Enfermeira Graduada pelo Centro Universitário/UNIFAMETRO(2012-2016). Atualmente: Coordenadora do Programa Federal/Estadual de Redução das Filas Cirúrgicas do Hospital Geral de Fortaleza/HGF; Analista de Regulação do Instituto Dr. José Frota – IJF; Assessora de Gestão do Núcleo Interno de Regulação/NIR/HGF; Enfermeira Plantonista do Núcleo Interno de Regulação/NIR Hospital Dr. Cesar Cals/HGCC.

Paulo Henrique Silva Rodrigues: Médico pela UECE (2015); Especialista em Clínica Médica pelo HGCC (2019); Especialista Em Hematologia e Hemoterapia pelo HUWC (2021); Atualmente responsável técnico da agência transfusional do HRSC. Mestrando em Gestão em Saúde pela Universidade Estadual do Ceará.

Raimundo Anderson Silva de Oliveira: Possui graduação em Enfermagem pela Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (2009). Atualmente servidor efetivo municipal, atuando como Diretor de Núcleo do Controle Interno, já exerceu atividades na Gestão como: Coordenador da Imunização, Coordenador da Atenção Primaria, tem experiência na atenção básica onde participou de programas como PMAQ, Selo Bronze, PREVINE Brasil, SMAPS e Cuidar Melhor. Na atenção especializada possui experiência em Cirurgia Cardiotorácica (Perfusão), Enfermagem de Urgência e Emergência, UTI e Centro Cirúrgico, foi professor/preceptor da Universidade Potiguar - UNP, professor de cursos técnicos de enfermagem pelo CENTEC nas EEP e instrutor de curso de primeiros socorros - Resgate das Dunas.

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 e tem interesse nas áreas de Saúde Pública/Saúde Coletiva, Vulnerabilidade em Saúde, Epidemiologia descritiva, analítica e social/crítica, Bioestatística, Metodologia da Pesquisa e Enfermagem em Saúde Coletiva e Enfermagem em Saúde do Adulto/Idoso.

Raquel Tavares Nobre de Freitas: Assistente Social pela Universidade Norte do Paraná (2007-2011). Especialista em Serviço Social, Seguridade Social e Legislação Previdenciária pela Faculdade Teológica e Filosófica (2012-2014). Especialista em Gestão de Saúde Pública pela Faculdade Metropolitana Vale do Aço (2018-2019). Especialista em Gestão de Pessoas pela Faculdade de Administração, Ciências e Educação (2020-2022). Mestranda em Gestão em Saúde pela Universidade Estadual do Ceará. Ouvidora na SRCEN Quixadá.

Rita de Cássia do Nascimento Leitão: Farmacêutica pela Universidade Federal do Ceará - UFC (1997.2); Especialista em Farmácia - Universidade Federal do Ceará (1998 - 1999); Especialista em Gestão de Políticas de Saúde Informadas por Evidências- Hospital Sírio Libanês (2015-2016); Mestranda em Gestão em Saúde - Universidade estadual do Ceará UECE; Coordenadora da Coordenadoria da Gestão do Cuidado Integral à Saúde da Superintendência da Região de Saúde de Fortaleza da Secretaria da Saúde do Estado do Ceará.

Rosana da Saúde de Farias e Freitas: Farmacêutica pelo Centro Universitário UNINTA (2018). Especialista em Farmácia clínica e serviços farmacêuticos pela Escola Superior da Amazônia - ESAMAZ (2019). Especialista em caráter de Residência Multiprofissional em Saúde da Família pela Universidade Vale do Acaraú - UVA (2022). Mestranda em Gestão em Saúde pela Universidade Estadual do Ceará - UECE (2024). Tem experiência no âmbito privado e público, atuando nas áreas de Análises Clínicas, Farmácia Comunitária, Atenção Primária à Saúde, e Saúde Mental. Na docência foi tutora/professora do curso de farmácia da Uniasselvi e de cursos técnicos. Membro do GT de Letramento em Saúde na Prática Farmacêutica pelo Conselho Regional de Farmácia (CRF-CE). Atua no CAPS AD na cidade de Fortaleza e desenvolve o Podcast Saúde com a gente, fundamentado no Letramento em Saúde; como produto da sua pesquisa de mestrado.

Sabrina Maria Carreiro Almeida: Possui graduação em Farmácia pelo Centro Universitário UNINTA (2014). Tem experiência na área de Farmácia, com ênfase em Farmácia clínica, saúde coletiva, assistência e atenção farmacêutica. Atualmente faço parte do Grupo de Estudos e Pesquisa em Saúde Coletiva - UFC Sobral, atuando nos seguintes temas: Avaliação em saúde, educação em saúde para pessoas em uso de insulina e atenção à saúde de pessoas com Diabetes Mellitus.

Sabrina Montenegro Cruz: Possui graduação em Farmácia pelo Centro Universitário INTA - UNINTA (2018). Especialista em Dependência Química pela Faculdade Futura (2019). Especialista em Farmácia Clínica e Prescrição Farmacêutica pelo ICTQ (2023). Mestranda em Gestão em Saúde (área de concentração saúde coletiva) pela Universidade Estadual do Ceará - UECE (2024). Editora na revista Journal Applied Pharmaceutical Sciences - JAPHAC. Desenvolve pesquisas fundamentadas no letramento em saúde, em saúde coletiva e farmácia clínica. Tem experiência no setor público e privado, atuando nos serviços clínicos farmacêutico em farmácia comunitária e gestão da assistência farmacêutica no setor público, tendo como foco o cuidado farmacêutico em insulinoterapia.

Sandra Ferreira Cordeiro: Graduada em Enfermagem pela Faculdade Católica Rainha do Sertão -2013; Mestranda em gestão em saúde -MEPGES –UECE; Especialista em Enfermagem em Terapia Intensiva pela Faculdade Farias Brito -(2015-2016); Especialista em Enfermagem Obstétrica pela Faculdade Integrada do Cariri-(2015-2016); Atuou como Gerente de Base Polo do SAMU 192 CE em Quixeramobim de 2014 -2023. https://orcid.org/ 0009-0002-6897-842x.

Soraia Rolim Caldas: Possui graduação em Enfermagem pela Universidade Estadual do Ceará (1989), especialização em Especialização em Saúde da Família pela Universidade Federal do Ceará (1999) e especialização em Especialização em Enfermagem Obstetrícia pela Universidade Federal do Ceará (2001). Tem experiência na área de Enfermagem. Mestranda em gestão em saúde -MEPGES –UECE.

Suellen Cavalcante de Sousa Vale: Graduada em enfermagem pela Faculdade Católica Rainha do Sertão (2009). Especialista em Enfermagem do Trabalho, Saúde da Família, Processos de Gestão na Atenção á Saúde e saúde mental/coletiva modalidade residência. Mestranda. Enfermeira/gestora na Estratégia saúde da família em Boa Viagem CE, Tutora presencial no curso tecnológico de gestão hospitalar pela Anhanguera Educacional (2010 - 2013), lecionou em curso técnico de enfermagem. Bolsista em Saúde mental na Escola de Saúde Pública do Ceará (2013 - 2014). Gestora de Unidade de Atenção Primária á Saúde em Fortaleza CE de 2017 á 2022. Na área técnica de vacinação na Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza-CE.

Thais Cavalcante Rabelo: Possui graduação em Odontologia pela Universidade de Fortaleza (2014), aperfeiçoamento em Aperfeiçoamento em prótese pelo Instituto Cearense de Especialidades e Pesquisas Odontológicas (2015) e aperfeiçoamento em APERFEIÇOAMENTO EM CIRURGIA pelo ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ODONTOLOGIA-CEARÁ(2015). Tem experiência na área de Odontologia. Mestranda em gestão em saúde -MEPGES –UECE.

Thereza Maria Magalhães Moreira: Coordenadora geral do projeto do CNPq, que deu origem ao livro. Enfermeira e Advogada. Bolsista de Produtividade em Pesquisa do CNPq-nível 1A. Pós-Doutora em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (USP). Mestre e Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Professora Associada da Universidade Estadual do Ceará (UECE). Docente da Pós-Graduação (Mestrado e Doutorado) da UECE nos Programas: 1) Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde; 2) Saúde Coletiva; 3) Mestrado Profissional Gestão em Saúde. Líder do Grupo de Pesquisa Epidemiologia, Cuidado em Cronicidade e Enfermagem-GRUPECCE-CNPq. Consultora Ad hoc de vários periódicos. Tem experiência na área de Enfermagem, com ênfase em Saúde Coletiva, atuando principalmente nos seguintes temas: enfermagem, saúde coletiva, tecnologias, construção de questionários, doenças crônicas e adesão terapêutica. ORCID: 0000-0003-1424-0649.

Thiago Ibiapina Coelho: Possui graduação pelo Centro de Ensino Unificado de Teresina (2007). Possui Especialização em Curso anual preparatório para carreira de Promotor pela Fundação Escola Superior do Ministério Público do Piauí, FESMPI (2007). Possui Especialização em Pós-Graduação Lato Sensu em Direito Administrativo, pela Faculdade Única de Ipatinga, FAUIPA (2019). Possui Mestrado em Gestão em Saúde, pela Universidade Estadual do Ceará - UECE (2023).

Virna Ribeiro Feitosa Cestari: Médica Veterinária pela Universidade Estadual do Ceará (2010). Enfermeira pela Universidade de Fortaleza (2015). Especialista em Enfermagem em Centro de Terapia Intensiva pela UECE. Mestre e Doutorada em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde (UECE). Professora Adjunto da Universidade Estadual do Ceará no curso de Graduação em Enfermagem. Membro pesquisador do grupo de pesquisa em Epidemiologia, Cuidado em Cronicidade e Enfermagem (GRUPECCE) da UECE. ORCID: 0000-0002-7955-0894.

Wellington Alencar da Silva: Mestrando em Gestão em Saúde pela Universidade Estadual do Ceará (2023 a 2024), Especialista (MBA) em Finanças, Auditoria e Controladoria pela Fundação Getúlio Vargas (2018). Possui graduação em Ciências Contábeis pela Universidade Norte do

Paraná (2015) e graduação em Administração pela Universidade Estadual do Ceará (2012). Profissional certificado pelo The Institute of Internal Auditors com as certificações CIA - Certified Internal Auditor e CCSA - Certification in Control Self-Assessment e pela Association of Business Process Management Professionals International com a certificação CBPP - Certified Business Process Professional.

Willan Nogueira Lima: Graduado em Enfermagem pela Faculdade Maurício de Nassau. Pós-graduado em Unidade de Terapia Intensiva pela Faculdade de Quixeramobim-UNIQ e Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade - ESP. Coordenador de Enfermagem do Hospital Regional Francisco Galvão de Oliveira. Cursando Mestrado Profissional Gestão em Saúde- UECE.

9 786553 812925