



Soraya Araujo
Uchoa Cavalcanti
(Organizadora)

SAÚDE PÚBLICA & SAÚDE COLETIVA

definições e debates em sua constituição

2


Atena
Editora
Ano 2023



Soraya Araujo
Uchoa Cavalcanti
(Organizadora)

SAÚDE PÚBLICA & SAÚDE COLETIVA

definições e debates em sua constituição

2


Atena
Editora
Ano 2023

Editora chefeProf^a Dr^a Antonella Carvalho de Oliveira**Editora executiva**

Natalia Oliveira

Assistente editorial

Flávia Roberta Barão

Bibliotecária

Janaina Ramos

Projeto gráfico

Camila Alves de Cremo

Ellen Andressa Kubisty

Luiza Alves Batista

Nataly Evilin Gayde

Thamires Camili Gayde

Imagens da capa

iStock

Edição de arte

Luiza Alves Batista

2023 by Atena Editora

Copyright © Atena Editora

Copyright do texto © 2023 Os autores

Copyright da edição © 2023 Atena

Editora

Direitos para esta edição cedidos à Atena Editora pelos autores.

Open access publication by Atena Editora



Todo o conteúdo deste livro está licenciado sob uma Licença de Atribuição *Creative Commons*. Atribuição-Não-Comercial-NãoDerivativos 4.0 Internacional (CC BY-NC-ND 4.0).

O conteúdo dos artigos e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores, inclusive não representam necessariamente a posição oficial da Atena Editora. Permitido o *download* da obra e o compartilhamento desde que sejam atribuídos créditos aos autores, mas sem a possibilidade de alterá-la de nenhuma forma ou utilizá-la para fins comerciais.

Todos os manuscritos foram previamente submetidos à avaliação cega pelos pares, membros do Conselho Editorial desta Editora, tendo sido aprovados para a publicação com base em critérios de neutralidade e imparcialidade acadêmica.

A Atena Editora é comprometida em garantir a integridade editorial em todas as etapas do processo de publicação, evitando plágio, dados ou resultados fraudulentos e impedindo que interesses financeiros comprometam os padrões éticos da publicação. Situações suspeitas de má conduta científica serão investigadas sob o mais alto padrão de rigor acadêmico e ético.

Conselho Editorial**Ciências Biológicas e da Saúde**

- Profª Drª Aline Silva da Fonte Santa Rosa de Oliveira – Hospital Federal de Bonsucesso
- Profª Drª Ana Beatriz Duarte Vieira – Universidade de Brasília
- Profª Drª Ana Paula Peron – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
- Prof. Dr. André Ribeiro da Silva – Universidade de Brasília
- Profª Drª Anelise Levay Murari – Universidade Federal de Pelotas
- Prof. Dr. Benedito Rodrigues da Silva Neto – Universidade Federal de Goiás
- Profª Drª Camila Pereira – Universidade Estadual de Londrina
- Prof. Dr. Cirênio de Almeida Barbosa – Universidade Federal de Ouro Preto
- Profª Drª Daniela Reis Joaquim de Freitas – Universidade Federal do Piauí
- Profª Drª Danyelle Andrade Mota – Universidade Tiradentes
- Prof. Dr. Davi Oliveira Bizerril – Universidade de Fortaleza
- Profª Drª Débora Luana Ribeiro Pessoa – Universidade Federal do Maranhão
- Prof. Dr. Douglas Siqueira de Almeida Chaves – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
- Prof. Dr. Edson da Silva – Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri
- Profª Drª Elizabeth Cordeiro Fernandes – Faculdade Integrada Medicina
- Profª Drª Eleuza Rodrigues Machado – Faculdade Anhanguera de Brasília
- Profª Drª Elane Schwinden Prudêncio – Universidade Federal de Santa Catarina
- Profª Drª Eysler Gonçalves Maia Brasil – Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira
- Prof. Dr. Ferlando Lima Santos – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
- Profª Drª Fernanda Miguel de Andrade – Universidade Federal de Pernambuco
- Profª Drª Fernanda Miguel de Andrade – Universidade Federal de Pernambuco
- Prof. Dr. Fernando Mendes – Instituto Politécnico de Coimbra – Escola Superior de Saúde de Coimbra
- Profª Drª Gabriela Vieira do Amaral – Universidade de Vassouras
- Prof. Dr. Gianfábio Pimentel Franco – Universidade Federal de Santa Maria
- Prof. Dr. Guillermo Alberto López – Instituto Federal da Bahia
- Prof. Dr. Helio Franklin Rodrigues de Almeida – Universidade Federal de Rondônia
- Profª Drª Lara Lúcia Tescarollo – Universidade São Francisco
- Prof. Dr. Igor Luiz Vieira de Lima Santos – Universidade Federal de Campina Grande
- Prof. Dr. Jefferson Thiago Souza – Universidade Estadual do Ceará
- Prof. Dr. Jesus Rodrigues Lemos – Universidade Federal do Delta do Parnaíba–UFDP
- Prof. Dr. Jônatas de França Barros – Universidade Federal do Rio Grande do Norte
- Prof. Dr. José Aderval Aragão – Universidade Federal de Sergipe
- Prof. Dr. José Max Barbosa de Oliveira Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará
- Profª Drª Juliana Santana de Curcio – Universidade Federal de Goiás
- Profª Drª Kelly Lopes de Araujo Appel – Universidade para o Desenvolvimento do Estado e da Região do Pantanal
- Profª Drª Larissa Maranhão Dias – Instituto Federal do Amapá
- Profª Drª Lívia do Carmo Silva – Universidade Federal de Goiás
- Profª Drª Luciana Martins Zuliani – Pontifícia Universidade Católica de Goiás
- Prof. Dr. Luís Paulo Souza e Souza – Universidade Federal do Amazonas
- Profª Drª Magnólia de Araújo Campos – Universidade Federal de Campina Grande
- Prof. Dr. Marcus Fernando da Silva Praxedes – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia

Profª Drª Maria Tatiane Gonçalves Sá – Universidade do Estado do Pará

Prof. Dr. Maurilio Antonio Varavallo – Universidade Federal do Tocantins

Prof. Dr. Max da Silva Ferreira – Universidade do Grande Rio

Profª Drª Mylena Andréa Oliveira Torres – Universidade Ceuma

Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte

Prof. Dr. Paulo Inada – Universidade Estadual de Maringá

Prof. Dr. Rafael Henrique Silva – Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados

Profª Drª Regiane Luz Carvalho – Centro Universitário das Faculdades Associadas de Ensino

Profª Drª Renata Mendes de Freitas – Universidade Federal de Juiz de Fora

Profª Drª Sheyla Mara Silva de Oliveira – Universidade do Estado do Pará

Profª Drª Suely Lopes de Azevedo – Universidade Federal Fluminense

Profª Drª Taísa Ceratti Treptow – Universidade Federal de Santa Maria

Profª Drª Vanessa da Fontoura Custódio Monteiro – Universidade do Vale do Sapucaí

Profª Drª Vanessa Lima Gonçalves – Universidade Estadual de Ponta Grossa

Profª Drª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande

Profª Drª Welma Emidio da Silva – Universidade Federal Rural de Pernambuco

Saúde pública e saúde coletiva: definições e debates em sua constituição 2

Diagramação: Camila Alves de Cremo
Correção: Yaidy Paola Martinez
Indexação: Amanda Kelly da Costa Veiga
Revisão: Os autores
Organizadora: Soraya Araujo Uchoa Cavalcanti

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)	
S255	<p>Saúde pública e saúde coletiva: definições e debates em sua constituição 2 / Organizadora Soraya Araujo Uchoa Cavalcanti. – Ponta Grossa - PR: Atena, 2023.</p> <p>Formato: PDF Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader Modo de acesso: World Wide Web Inclui bibliografia ISBN 978-65-258-2078-1 DOI: https://doi.org/10.22533/at.ed.781231711</p> <p>1. Saúde pública. 2. Saúde coletiva. I. Cavalcanti, Soraya Araujo Uchoa (Organizadora). II. Título.</p> <p style="text-align: right;">CDD 362.1</p>
Elaborado por Bibliotecária Janaina Ramos – CRB-8/9166	

Atena Editora
Ponta Grossa – Paraná – Brasil
Telefone: +55 (42) 3323-5493
www.atenaeditora.com.br
contato@atenaeditora.com.br

DECLARAÇÃO DOS AUTORES

Os autores desta obra: 1. Atestam não possuir qualquer interesse comercial que constitua um conflito de interesses em relação ao artigo científico publicado; 2. Declaram que participaram ativamente da construção dos respectivos manuscritos, preferencialmente na: a) Concepção do estudo, e/ou aquisição de dados, e/ou análise e interpretação de dados; b) Elaboração do artigo ou revisão com vistas a tornar o material intelectualmente relevante; c) Aprovação final do manuscrito para submissão.; 3. Certificam que os artigos científicos publicados estão completamente isentos de dados e/ou resultados fraudulentos; 4. Confirmam a citação e a referência correta de todos os dados e de interpretações de dados de outras pesquisas; 5. Reconhecem terem informado todas as fontes de financiamento recebidas para a consecução da pesquisa; 6. Autorizam a edição da obra, que incluem os registros de ficha catalográfica, ISBN, DOI e demais indexadores, projeto visual e criação de capa, diagramação de miolo, assim como lançamento e divulgação da mesma conforme critérios da Atena Editora.

DECLARAÇÃO DA EDITORA

A Atena Editora declara, para os devidos fins de direito, que: 1. A presente publicação constitui apenas transferência temporária dos direitos autorais, direito sobre a publicação, inclusive não constitui responsabilidade solidária na criação dos manuscritos publicados, nos termos previstos na Lei sobre direitos autorais (Lei 9610/98), no art. 184 do Código Penal e no art. 927 do Código Civil; 2. Autoriza e incentiva os autores a assinarem contratos com repositórios institucionais, com fins exclusivos de divulgação da obra, desde que com o devido reconhecimento de autoria e edição e sem qualquer finalidade comercial; 3. Todos os e-book são *open access*, *desta forma* não os comercializa em seu site, sites parceiros, plataformas de *e-commerce*, ou qualquer outro meio virtual ou físico, portanto, está isenta de repasses de direitos autorais aos autores; 4. Todos os membros do conselho editorial são doutores e vinculados a instituições de ensino superior públicas, conforme recomendação da CAPES para obtenção do Qualis livro; 5. Não cede, comercializa ou autoriza a utilização dos nomes e e-mails dos autores, bem como nenhum outro dado dos mesmos, para qualquer finalidade que não o escopo da divulgação desta obra.

A coletânea *‘Saúde pública e saúde coletiva: definições e debates em sua constituição 2’* é composta por 10 (dez) capítulos produtos de pesquisa, revisão de literatura, relato de experiências, dentre outros. Os textos tem vinculação com as temáticas de distintas áreas profissionais, como veremos adiante.

O primeiro capítulo, discute *a assistência de enfermagem prestada a saúde da população negra, bem como sua relação com a Política Nacional de Saúde Integral a População Negra*. Já o segundo capítulo, apresenta a *experiência de oficinas de Educação Permanente em Saúde junto aos profissionais do Consultório na Rua (CnaR) de Maceió*. O terceiro capítulo, por sua vez, discute *proposta de intervenção educativa sobre alimentação saudável e avaliação para pessoas com diabetes em Centro de Saúde de Belo Horizonte*.

O quarto capítulo, discute o *processo de implantação do modelo de acesso avançado do Qualifica-APS em um Centro de Saúde da Família na região oeste de Santa Catarina*. Já o quinto capítulo, apresenta um relato de experiências acerca da *dinâmica coordenada em campanhas de vacinação*. O sexto capítulo, por sua vez, analisa a *excelência em atendimento em organização de cuidado de saúde*.

O sétimo capítulo, discute *tecnologias educacionais que estejam direcionadas à construção de conhecimento sobre a sífilis*. Já o oitavo capítulo, analisa as *epistemologias da saúde e do trabalho com enfoque na saúde mental do docente universitário*. O nono capítulo por sua vez, *discute os direitos da criança e do adolescente, frente aos institutos jurídicos existentes no ordenamento pátrio, em especial, no que se refere ao direito e acesso à saúde integral*. E finalmente, o décimo capítulo, discute *os primeiros cuidados necessários ao recém-nascido*.

Soraya Araujo Uchoa Cavalcanti

CAPÍTULO 1 1**SAÚDE INTEGRAL DA POPULAÇÃO NEGRA**

Isabella Fernandes Messias
 Maria Clara Rodrigues de Oliveira
 Leila Batista Ribeiro
 Geraldo Jerônimo da Silva Neto
 Lays Fernandes messias
 Jaqueline Kennedy Paiva da Silva
 Karina Brito da Costa Ogliari
 Yanne Gonçalves Bruno Silveira
 Marcus Vinicius Días de Oliveira
 Júlio César Pereira Leite
 Diana Ferreira Pacheco
 José Raimundo Gomes de Oliveira

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.7812317111>

CAPÍTULO 2 13**OFICINAS DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE JUNTO AOS
PROFISSIONAIS DO CONSULTÓRIO NA RUA**

Nemório Rodrigues Alves
 Cayo Emmanuel Barboza Santos
 Heloisa Wanessa Araújo Tigre
 Ana Flávia Silva Lima
 Natalha Cabral do Nascimento

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.7812317112>

CAPÍTULO 323**INTERVENÇÃO EDUCATIVA SOBRE ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL E
AVALIAÇÃO PARA PESSOAS COM DIABETES EM CENTRO DE SAÚDE DE
BELO HORIZONTE/MG**


Carla Maria Pereira Meirelles Nicolliello
 Alice Pereira Silva
 Beatriz de Freitas Pereira Garcia
 Ana Carolina Rodrigues Oliveira Miranda
 Ana Laura Amaral Abreu
 Bruna Cerqueira Caldas Pinheiro
 Júlia Marinho Simião
 Patrícia Fernandes
 Juliana Veiga Costa Rabelo

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.7812317113>

CAPÍTULO 430**QUALIFICA-APS E A (RE) ORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO
PARA O ACESSO AVANÇADO À SAÚDE**

Maíra Rossetto
 Jiennifer Souza de Oliveira
 Vitoria Maria Marques

Raquel Mignoni
Daniela Savi Geremia

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.7812317114>

CAPÍTULO 548

DINÂMICA COORDENADA EM CAMPANHAS DE VACINAÇÃO: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA DE ACADÊMICOS DE MEDICINA


Júlia Marinho Simião
Ana Carolina Rodrigues Oliveira Miranda
Ana Laura Amaral Abreu
Bruna Cerqueira Caldas Pinheiro
Alice Pereira Silva
Beatriz de Freitas Pereira Garcia
Carla Maria Pereira Meirelles Nicolliello
Juliana Veiga Costa Rabelo

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.7812317115>

CAPÍTULO 656

EXCELÊNCIA NO ATENDIMENTO EM ORGANIZAÇÕES DE CUIDADO DA SAÚDE


Valdjane Nogueira Noleto Nobre
Pamela Nery do Lago
Renata Castro Mendes
Maria Clara Santos Mayrink
Aline da Silva Fernandes
Maíra Amaral Silveira Gomes Ferreira
Iara Alves de Sousa
Juliana de Paula Silveira
Mariângela Ferraz Rodrigues Araújo
Adriano Ferreira de Oliveira
Antonia Gomes de Olinda
Marília Prata Oliveira
Larissa Andreline Maia Arcelino

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.7812317116>

CAPÍTULO 767

VALIDAÇÃO DE TECNOLOGIA EDUCACIONAL SOBRE SÍFILIS: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

Ticianne Alcântara de Oliveira Fernandes
Jessé Jerônimo Fernandes e Silva
Pedro Paulo Santos Nunes
Milena Silva Simas
Glória Leticia Gonçalves Lima
Cintia Yolette Urbano Paxis Aben-Athar


 <https://doi.org/10.22533/at.ed.7812317117>

CAPÍTULO 878

SAÚDE MENTAL E TRABALHO DOCENTE UNIVERSITÁRIO: REFLEXÕES EPISTEMOLÓGICAS NO CAMPO DA SAÚDE COLETIVA

Érica Baggio

Ana Cláudia Pereira Terças-Trettel

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.7812317118>**CAPÍTULO 989**

O CUIDADO DA CRIANÇA E O DIREITO À SAÚDE: ASPECTOS LEGAIS DO ATENDIMENTO À CRIANÇA E AO ADOLESCENTE

Yuri Simon Salim Jorge Assel

Lucas Amaral Pedrosa

Eduarda Lopes Farias

Lucas Hiago Varela.


Cássia Gabriela Assunção Moraes

Sofia Amaral Pedrosa

Sebastian Torres Matallana

Ester Frota Salazar

Rafael Ferretti Coelho

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.7812317119>**CAPÍTULO 10.....98**

PRIMEIROS CUIDADOS AO RECÉM-NASCIDO

Danielle Freire Gonçalves

Carolina Soares Chady

Maria Augusta da Silva Queiroz Maia

Ana Luiza Bezerra Furlan

Bárbara Coutinho Morgado

Ana Beatriz Silva Sardinha

Carolyna Tereza Brasil Papaleo


Isis Ksam Stilianidi Garcia

Ana Beatriz Bezerra Furlan

Felipe da Costa Kós Miranda

Fernanda Kós Miranda Furtado

Lucas Stoessel Klautau Sadalla

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.78123171110>**SOBRE A ORGANIZADORA 102****ÍNDICE REMISSIVO 103**

SAÚDE INTEGRAL DA POPULAÇÃO NEGRA

Data de aceite: 01/11/2023

Isabella Fernandes Messias

Academica, Centro Universitário do
Planalto – UNIPLAN.
Brasília-DF
<http://lattes.cnpq.br/4062010448296314>

Maria Clara Rodrigues de Oliveira

Acadêmica, Centro Universitário do
Planalto – UNIPLAN
Brasília-DF
<http://lattes.cnpq.br/2208219312640147>

Leila Batista Ribeiro

Enfermeira, Professora, Centro
Universitário do Planalto – UNIPLAN.
Anápolis-GO
<http://lattes.cnpq.br/6643277716864528>

Geraldo Jerônimo da Silva Neto

Enfermeiro, Centro Universitário do
Planalto – UNIPLAN
Brasília-DF
<http://lattes.cnpq.br/1487761268114268>

Lays Fernandes messias

Enfermeira, Universidade Paulista, UNIP,
Brasil.
Brasília-DF
<http://lattes.cnpq.br/7948559164160476>

Jaqueline Kennedy Paiva da Silva

Academica, Centro Universitário do
Planalto – UNIPLAN.
Brasília-DF
<http://lattes.cnpq.br/9077650040271660>

Karina Brito da Costa Ogliari

Professora / Enfermeira - UNICEPLAC
Brasília-DF
<http://lattes.cnpq.br/5517711099628692>

Yanne Gonçalves Bruno Silveira

Academica, Centro Universitário do
Planalto – UNIPLAN.
Brasília-DF
<http://lattes.cnpq.br/6390904886657704>

Marcus Vinicius Días de Oliveira

Farmacêutico – Bioquímico - Universidade
Federal de Juiz de Fora
Brasília-DF
Orcid: <https://orcid.org/0009000794340522>

Júlio César Pereira Leite

Enfermeiro, Universidade Estadual do
Piauí, UESPI, Brasil
Brasília-DF
lattes.cnpq.br/5771967893783785

Diana Ferreira Pacheco

Professora, Uniao Educacional do Planalto Central S.A.
Brasília-DF
<http://lattes.cnpq.br/9934056618951419>

José Raimundo Gomes de Oliveira

Enfermeiro - Universidade Salgado de Oliveira.
Brasília-DF
<http://lattes.cnpq.br/3200839470580595>

RESUMO: Trata-se de um estudo cujo objetivo é descrever a assistência de enfermagem prestada a saúde da população negra, bem como sua relação com a Política Nacional de Saúde Integral a População Negra. O estudo é de abordagem qualitativa e método revisão bibliográfica com abordagem integrativa, conforme preconizam Mendes (2008). Foram selecionados 19 artigos como fonte de materiais de apoio com a finalidade de analisar o assunto, por meio de um estudo acerca da saúde integral da população negra. Foram inclusos os artigos da língua portuguesa e inglesa com data de publicação entre 2005 e 2023. Foram excluídos os estudos que não se relacionam ao tema da revisão, estudos repetidos e estudos que não possuem livre acesso. Foi analisado tratamento desigual e as disparidades que a sociedade e o SUS produzem, no que concerne o profundo impacto sobre a saúde, a prevalência de doenças e as taxas de mortalidade, além da PNSIPN ser desconhecidas pelos profissionais de saúde e pouco eficaz, faltando a priorização ou por ignorância por parte dos gestores que não possuem o devido conhecimento, fazendo com que a funcionalidade da mesma fique reduzida.

PALAVRAS-CHAVE: saúde da população negra; desigualdade social; racismo institucional; enfermagem.

COMPREHENSIVE HEALTH FOR THE BLACK POPULATION

ABSTRACT: This is a study aimed at describing nursing care provided for the health of the Black population, as well as its relationship with the National Policy for Comprehensive Health of the Black Population. The study adopts a qualitative approach and a bibliographic review method with an integrative approach, as recommended by Mendes (2008). Nineteen articles were selected as source materials to analyze the subject through a study on the comprehensive health of the Black population. Articles in both Portuguese and English with publication dates between 2005 and 2023 were included. Studies unrelated to the review topic, duplicate studies, and studies without open access were excluded. Unequal treatment and the disparities produced by society and the Unified Health System (SUS) were analyzed, including their profound impact on health, disease prevalence, and mortality rates. It was also noted that the National Policy for Comprehensive Health of the Black Population is unknown to healthcare professionals and is relatively ineffective, partly due to a lack of prioritization or ignorance on the part of managers who lack the necessary knowledge, resulting in reduced functionality.

KEYWORDS: Black population health; social inequality; institutional racism; nursing.

SALUD INTEGRAL PARA LA POBLACIÓN NEGRA

RESUMEN: Este es un estudio cuyo objetivo es describir la atención de enfermería proporcionada para la salud de la población negra, así como su relación con la Política Nacional de Salud Integral de la Población Negra. El estudio adopta un enfoque cualitativo y un método de revisión bibliográfica con un enfoque integrador, como recomienda Mendes (2008). Se seleccionaron diecinueve artículos como fuentes de materiales para analizar el tema a través de un estudio sobre la salud integral de la población negra. Se incluyeron artículos en portugués e inglés con fechas de publicación entre 2005 y 2023. Se excluyeron estudios no relacionados con el tema de la revisión, estudios duplicados y estudios sin acceso abierto. Se analizó el trato desigual y las disparidades producidas por la sociedad y el Sistema Único de Salud (SUS), incluyendo su profundo impacto en la salud, la prevalencia de enfermedades y las tasas de mortalidad. También se observó que la Política Nacional de Salud Integral de la Población Negra es desconocida para los profesionales de la salud y es relativamente ineficaz, en parte debido a la falta de priorización o desconocimiento por parte de los gestores que carecen del conocimiento necesario, lo que resulta en una funcionalidad reducida.

PALABRAS CLAVE: salud de la población negra; desigualdad social; racismo institucional; enfermería.

INTRODUÇÃO

De acordo com o CENSO de 2015, 53% da população se declaram pretas, vale ressaltar que esse aumento ocorre pela autodeclaração e não pelo aumento da taxa de natalidade da população negra. Além disso, quando analisado a distribuição de rendimentos, em 2014, de 10% da população mais pobre 76% eram pretos e somente 22% brancos.

Os negros possuem barreiras de desigualdades em todos os setores. Essas barreiras começaram a existir no Brasil a partir do início da escravatura, no século XVI, mas mesmo após a abolição da escravatura, por não possuir políticas públicas, os negros continuaram sendo subjugados como inferiores. (MAIO. 2005)

Ademais, o racismo é uma prática que coloca pessoas e grupos em situações de desvantagem e pode ser considerado o principal causador de vulnerabilidade para a saúde da população negra. O pacto pela vida tem como objetivo a redução das desigualdades, levando em conta aspectos socioeconômicos, demográficos e emocionais. (BRASIL, 2016)

Com base nisso, a agenda nacional de política públicas nacional incluiu o negro em suas atividades a partir do ano de 1995, e após esse marco foram realizadas ações voltadas a saúde da população negra, porém, até hoje essas políticas possuem dificuldades pelo déficit de conhecimento da população e profissionais da saúde. (FRANCHI, 2018)

Dessa forma, o estudo poderá influenciar e estimular novas pesquisas na área.

OBJETIVO

Descrever a assistência de enfermagem prestada a saúde da população negra, bem como sua relação com a Política Nacional de Saúde Integral a População Negra.

METODOLOGIA

O estudo foi de abordagem qualitativa e método revisão bibliográfica com abordagem integrativa, conforme preconizam Mendes (2008).

A revisão bibliográfica integrativa é dividida em 6 passos similares aos estágios de desenvolvimento de pesquisa convencional, sendo eles: 1º passo: identificação do tema; 2º passo: amostragem ou busca na literatura; 3º passo: definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados/ categorização dos estudos; 4º passo: avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa; 5º passo: interpretação dos resultados; 6º passo: apresentação da revisão/síntese do conhecimento.

RESULTADOS

A partir da busca estruturada realizada nos bancos de dados, foram identificados 896 estudos. Foram obtidos 30 no Scielo, 368 no LILACS e 498 na Biblioteca Virtual em saúde. Após aplicar os critérios de inclusão e exclusão selecionou-se 19 artigos para o corpus de análise.

Foram inclusos os artigos da língua portuguesa e inglesa com data de publicação entre 2005 e 2023.

Foram excluídos os estudos que não se relacionam ao tema da revisão, estudos repetidos e estudos que não possuem livre acesso.

Detalhes dos artigos avaliados estão disponíveis no quadro 1.

Título	Autores	Ano de Publicação	Tipo de Publicação
(Des)caminhos na garantia da saúde da população negra e no enfrentamento ao racismo no Brasil.	ANUNCIACÃO et. al	2022	Artigo
Raça e saúde: múltiplos olhares	BARBOSA, et al	2021	Artigo
Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política para o SUS	BRASIL	2017	Livro
Departamento de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social. Manual de Gestão para Implementação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra	BRASIL	2018	Livro
Temático Saúde da População Negra	BRASIL	2016	Livro
Perspectiva da equidade no pacto nacional pela redução da mortalidade materna e neonatal: atenção à saúde das mulheres negras	BRASIL	2005	Livro
Política Nacional de Saúde Integral da População Negra	BRASIL	2009	Portaria
Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: implementação, conhecimento e aspectos socioeconômicos sob a perspectiva desse segmento populacional.	CHEHUEN NJA, Fonseca GM, Brum IV, et al.	2015	Artigo
A formação de profissionais de saúde no cuidado às comunidades quilombolas: um relato de experiência.	FRANCHI, E. P. L. P. et al.	2018	Artigo
A percepção do enfermeiro quanto à saúde do negro	INOCÊNCIO JF, Sozua MMT.	2014	Artigo
Uma sociedade desigual: reflexões a respeito de racismo e indicadores sociais no Brasil	LOURENÇO, C.	2023	Artigo
Tempos de racialização: o caso da saúde da população negra' no Brasil.	MAIO, M. C. MONTEIRO, S	2005	Artigo
CENÁRIOS DA SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA NO BRASIL	OLIVEIRA RMS, organizadores	2016	Livro
Historicidade e singularidade da saúde da mulher negra: repercussões do cuidado do enfermeiro na atenção primária à saúde	PEREIRA MG, et al	2022	Artigo
Access of the black population to health services: integrative review	SILVA NN. et al.	2020	Artigo
Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma proposta de avaliação.	SILVA, T. O., et al	2021	Artigo
A SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA: UMA QUESTÃO DE DIREITO E EQUIDADE	SOUZAS, Raquel	2005	Artigo
Saúde da população negra. Passo a passo: defesa, monitoramento e avaliação de políticas públicas.	WERNECK, Jurema	2010	Livro
Percurso da implantação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra no Brasil.	OLIVEIRA, L.G.F.; MAGALHÃES, M.	2022	Artigo

Quadro 1. Características dos artigos científicos selecionados, segundo título, autores, ano de publicação e tipo de publicação.

DISCUSSÕES

HISTÓRIA DA SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA

É descrito por Oliveira (2016) que a história da população negra no Brasil começa com a chegada do tráfico de escravos no século XVI, desde então, a população negra é marcada por desigualdade e resistência. Como consequência da escravidão, os negros foram subjugados como inferiores em diversos campos da sua vida social, dessa forma, ao decorrer da criação da sociedade brasileira, a desigualdade de raça evidencia obstáculos para a inclusão dos negros.

Segundo Maio (2005), após a abolição da escravidão não havia políticas de inclusão da população tendo como resultado a continuidade da marginalização por meio dos negros. Nessa época foi repensado em uma nova forma de sociedade composta por brancos, negros e pardos.

O ministério da saúde preconiza que a população negra apresenta maior vulnerabilidade e iniquidade quando referida à saúde, pois como consequência da escravidão, os negros não possuíam acesso a direitos, incluindo o direito a saúde.

Segundo Souza (2005), a partir da década de 80, a inclusão de negros, mulher e homossexuais, começou a se tornar temas de movimento sociais que buscavam liberdade e igualdade social. Um desses movimentos, denominado, Movimento da Mulheres Negras, abordou de forma significativa o tema saúde da população negra.

A autora supracitada também afirma que a constituição de 1988, declara a saúde como um direito para todos, eliminando exclusões geradas por sistemas de saúde anteriores. Do mesmo modo que o princípio do SUS, inclui parcelas da população anteriormente discriminadas.

Para Barbosa (2021), no ano de 1995, foi realizado em Brasília, a Marcha do Zumbi dos Palmares, onde foi criada políticas de enfrentamento ao racismo e a vulnerabilidade à saúde. Com o objetivo de incluir o negro na agenda de política pública nacional, foi criado o Grupo de Trabalho Interministerial. Após esses marcos, ações para a criação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra foram realizadas, como, a III Conferência Mundial contra o Racismo, Xenofobia e Intolerância Correlatas realizada em 2001, Criação da SEPPIR - Secretária Especial de Políticas e da Promoção da Igualdade Racial em 2003, I Seminário Nacional de Saúde da População Negra “Um grito pela equidade”, Criação do Comitê Técnico em Saúde da População Negra (portaria 1678/2004) e a 12ª Conferência Nacional de Saúde em 2004, Portaria 1391/2005 e I Conferência Nacional de Promoção da Igualdade Racial em 2005, II Seminário Nacional de Saúde da População Negra, Pactos pela Saúde - Portaria 399/2006, Aprovação da PNSIPN no Conselho Nacional de Saúde, “Há racismo no SUS” - Reconhecimento do racismo institucional nas instâncias do SUS em 2006, Publicação do texto da PNSIPN e a Portaria 3060/2007 em 2007, Aprovação da PNSIPN em Diário Oficial, Publicação da portaria 992/2009, Aprovação do I Plano Nacional

de Promoção da Igualdade Racial em 2009, Aprovação do Estatuto da Igualdade Racial - Lei 12288/2010 em 2010, Alteração da PNSIPN em 2013 e a Publicação da III versão da PNSIPN em 2017.

RACISMO INSTITUCIONAL

De acordo com Anunciação (2022), conceitua-se o racismo como um tratamento diferenciado tendo como base seus grupos étnicos e de origem. Ainda, denominado racismo institucional, é aquele que ocorre dentro de organizações, sejam governamentais, universidades e até mesmo empresas, tais práticas incluem atos de preconceito racial, discriminação, estereótipos, omissão, desrespeito, desconfiança, humilhação e desumanizar. Essas perpetuam o racismo institucional e também são alimentadas ou revertidas transformando-se em racismo individual, afetando espaços sociais coletivos.

Já o ministério da saúde descreve o racismo como uma prática que coloca pessoas e grupos em situações de desvantagem e pode ser considerado o principal causador de vulnerabilidade para a saúde da população negra.

LOURENÇO (2023) discorre que para minimizar a ocorrência de atos racistas, leis foram criadas, porém, o racismo e suas muitas manifestações são tão prevalentes que a democracia e a criminalização do comportamento racista não conseguem ser efetivos.

Ainda, HAMILTON E TURE (2021), diferencia o racismo individual do racismo institucional como:

Quando terroristas brancos bombardeiam uma igreja negra e matam cinco crianças negras, isso é um ato de racismo individual, amplamente deplorado pela maioria dos segmentos da sociedade. Mas quando nessa mesma cidade- Birmingham, Alabama- quinhentos bebês negros morrem a cada ano por causa da falta de comida adequada, abrigos e instalações médicas, e outros milhares são destruídos mutilados física, emocional e intelectualmente por causa das condições de pobreza e discriminação, na comunidade negra, isso é uma função do racismo institucional. (HAMILTON E TURE, 2021, p.6)

SAÚDE INTEGRAL DA POPULAÇÃO NEGRA

Para Werneck (2010), a saúde da população negra é como uma união de três aspectos. Sendo eles: a política, a ciência e as culturas e tradições afrodescendentes. O aspecto político inclui atitudes sociais específicas inerentes a atos racialmente preconceituosos. Discriminação, estereótipos, indiferença, desrespeito, desconfiança, desvalorização e desumanização. São práticas que promovem o racismo institucional. Bem como alimentar ou inverter ao racismo pessoal. que afeta a área social como um todo, por exemplo no caso do governo.

Já o Ministério da Saúde preconiza que:

compreende a situação de iniquidade e vulnerabilidade que afeta a saúde

da população negra – precocidade dos óbitos, altas taxas de mortalidade materna e infantil, maior prevalência de doenças crônicas e infecciosas e altos índices de violência

– e reconhece que o racismo vivenciado pela população negra incide negativamente nesses indicadores, comprometendo o acesso dessa população aos serviços públicos de saúde, já que a boa qualidade da saúde gera condições para a inserção dos sujeitos nas diferentes esferas da sociedade de maneira digna, promovendo sua autonomia e cidadania. (BRASIL, 2017, p.23)

A partir do exposto, o ministério da saúde relata que as doenças mais comuns que acometem a população negra são: anemia falciforme (6% a 10% de frequência na população negra), Diabetes Milius tipo II (ocorre em 9% a mais do que em homens brancos e 50% a mais do que em mulheres brancas) hipertensão arterial (10% a 20% dos adultos negros) e Deficiência de glicose-6-fosfato desidrogenase.

A população negra, de acordo com o IPEA, em 2008, apresentava cerca de 67% dos atendimentos do SUS, sendo que a maioria desses atendimentos eram realizados em pessoas de baixa renda, totalmente dependente do SUS.

O ministério de saúde discorre que, a proporção de consultas realizadas por mulheres negras no pré-natal e a faixa etária dessas mulheres, nos demonstram como a saúde das mulheres negras necessitam de maior atenção. 69% das gestantes pretas realizaram seis consultas de pré-natal e cerca de 26% das gestantes negras possuem idade entre 20 e 24 anos. Ainda, vale ressaltar que apenas 75,2% das gestantes receberam orientações sobre risco ofertados pela gravidez, dessa forma, o número de morte materna por parte da população negra, em 2012, foi de 60%.

O SUS disponibiliza ações para acolhimento das mulheres negras e nascidos vivos. São elas: Ações educativas, sensibilização e capacitação dos profissionais de saúde, “quesito cor” nos documentos e sistemas de informação do SUS, pré natal, programa de anemia falciforme, quilombolas e parcerias.

CHEHUEN (2015), refere que a equidade, um dos princípios do SUS, incentivou ações sociais negras realizadas com a intenção de desenvolver a atenção à saúde da população negra. Sendo assim, em 2009, foi criado a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN).

O ministério da saúde define a PNSIPN como:

A Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) é um compromisso firmado entre as gestões federal, estadual e municipal, pactuada e aprovada na Comissão Intergestores Tripartite (CIT) o combate às desigualdades no Sistema Único de Saúde (SUS). A Política tem como marca o reconhecimento do racismo, das desigualdades étnico-raciais do racismo institucional como determinantes sociais das condições de saúde. (BRASIL, 2017, p.7)

De acordo com FRANCHI (2018), a PNSIPN tem como estratégias ações que

reduzam a discriminação na saúde da população negra, devido ao déficit de conhecimento da população e de profissionais da saúde, a PNSIPN ainda não conseguiu concretizar seus objetivos. Porém, Silva (2021) relata que a PNSIPN, não possui avaliações dos resultados das ações implementadas.

A PNSIPN possui além de tudo uma relevância histórica permitindo a introdução da temática racial na implementação das políticas de saúde, realizando o reconhecimento das práticas racistas como parte do processo saúde-doença e possuindo o encargo em enfrentar as injustiças raciais em todas as práticas de atenção à saúde. A política reconhece o racismo como desigualdade e também afirma a necessidade de que os negros tenham acesso todos os serviços de saúde, Como uma conquista destes movimentos, a partir do Comitê Técnico de Saúde da População Negra (Portaria GM/MS n. 1.678, de 13 de agosto de 2004) e almejando o Pacto pela Saúde pelo SUS, instituído por meio da Portaria n. 399, de 22 de fevereiro de 2006, foi aprovada em novembro deste mesmo ano, pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS), o texto da PNSIPN. Em 2008, a PNSIPN foi pactuada na Comissão Intergestores Tripartite e, em 14 de maio de 2009, foi publicada no Diário Oficial da União como a Portaria GM/MS n. 992.

A portaria N°992, de 13 de maio de 2009 tem como objetivo promover a saúde integral da população negra, priorizando a redução das desigualdades étnico- raciais, o combate ao racismo e à discriminação nas instituições e serviços do SUS, da seguinte forma:

1. Garantir e ampliar o acesso da população negra residente em áreas urbanas, em particular nas regiões periféricas dos grandes centros, às ações e aos serviços de saúde;
2. Garantir e ampliar o acesso da população negra do campo e da floresta, em particular as populações quilombolas, às ações e aos serviços de saúde;
3. Incluir o tema Combate às Discriminações de Gênero e Orientação Sexual, com destaque para as interseções com a saúde da população negra, nos processos de formação e educação permanente dos trabalhadores da saúde e no exercício do controle social;
4. Identificar, combater e prevenir situações de abuso, exploração e violência, incluindo assédio moral, no ambiente de trabalho;
5. Aprimorar a qualidade dos sistemas de informação em saúde, por meio da inclusão do quesito cor em todos os instrumentos de coleta de dados adotados pelos serviços públicos, os conveniados ou contratados com o SUS;
6. Melhorar a qualidade dos sistemas de informação do SUS no que tange à coleta, processamento e análise dos dados desagregados por raça, cor e etnia;
7. Identificar as necessidades de saúde da população negra do campo e da floresta e das áreas urbanas e utilizá-las como critério de planejamento e definição de prioridades;

8. Definir e pactuar, junto às três esferas de governo, indicadores e metas para a promoção da equidade étnico-racial na saúde;
9. Monitorar e avaliar os indicadores e as metas pactuados para a promoção da saúde da população negra visando reduzir as iniquidades macrorregionais, regionais, estaduais e municipais;
10. Incluir as demandas específicas da população negra nos processos de regulação do sistema de saúde suplementar;
11. Monitorar e avaliar as mudanças na cultura institucional, visando à garantia dos princípios anti-racistas e não-discriminatório; e
12. Fomentar a realização de estudos e pesquisas sobre racismo e saúde da população negra.

Segundo Batista (2017), a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra tem como marca o reconhecimento do racismo, das desigualdades raciais e do racismo institucional como determinantes sociais de saúde, visto que a diminuição destas desigualdades étnico-raciais gera impacto nas condições e qualidade de saúde dos usuários do SUS.

ASSISTÊNCIA DA ENFERMAGEM NA SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA

Segundo INOCÊNCIO (2014), mesmo com a criação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, os enfermeiros ainda possuem o mesmo entendimento que leigos quando discorrido sobre a saúde voltada para a população negra, visto que a falta de orientações a população negra é deficiente e que a implementação da PNSIPN é inexistente, além do baixo interesse de buscar conhecimento pelos profissionais de enfermagem.

Da mesma forma, PEREIRA et al (2022) descreve que alguns enfermeiros da Atenção Básica já escutaram sobre a PNSIPN, mas não sabiam a importância desta, também do desconhecimento da influência na saúde da mulher negra, que são as mais atingidas quando relacionado a atenção e qualidade da assistência prestada. Dessa forma, é descrito por SILVA et al. (2020), a autoconfiança nos profissionais de enfermagem pode ser gerada através de atividades voltadas para a população negra, como oficinas, grupos comunitários e rodas de conversas, além de prestações de serviços individuais, tendo como base a PNSIPN.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Embora tenha sido feita a implementação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, a população negra vem sofrendo com o tratamento desigual e as disparidades que a sociedade e o SUS produzem, bem como com o profundo impacto que

o racismo e as iniquidades raciais exercem sobre a saúde, a prevalência de doenças e as taxas de mortalidade. Apesar da existência de uma política de saúde totalmente direcionada para a população negra, foi analisado que a PNSIPN é desconhecida pelos profissionais de saúde e pouco eficaz. Ainda, um dos maiores desafios desta política é a falta de priorização ou ignorância por parte dos gestores que não possuem o devido conhecimento sobre, fazendo com que a funcionalidade da mesma fique reduzida.

REFERÊNCIAS

- ANUNCIÇÃO, D. et al. (2022). (Des)caminhos na garantia da saúde da população negra e no enfrentamento ao racismo no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 27(10), 3861–3870. DOI: 10.1590/1413-812320222710.08212022
- BARBOSA, I. R.; AIQUOC, K. M.; SOUZA, T. A. de (org.). (2021). *Raça e saúde: múltiplos olhares sobre a saúde da população negra no Brasil*. Natal: EDUFRN.
- BRASIL. Ministério da Saúde. (2005). *Perspectiva da equidade no pacto nacional pela redução da mortalidade materna e neonatal: atenção à saúde das mulheres negras* [Maria Auxiliadora da Silva Benevides et al.].
- BRASIL. Ministério da Saúde. (2009). Portaria nº 992, de 13 de maio de 2009. Institui a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. Brasília, DF.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social. (2017). *Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política para o SUS (3ª ed.)*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 44 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social. (2018). *Manual de Gestão para Implementação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra*. Brasília: Ministério da Saúde, 51 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Articulação Interfederativa. (2016). *Temático Saúde da População Negra*. Brasília: Ministério da Saúde, 82 p. (Painel de Indicadores do SUS; v. 7, n. 10).
- CHEHUEN NJA, Fonseca GM, Brum IV, et al. (2015). Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: implementação, conhecimento e aspectos socioeconômicos sob a perspectiva desse segmento populacional. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(6), 1909-1916.
- FRANCHI, E. P. L. P. et al. (2018). A formação de profissionais de saúde no cuidado às comunidades quilombolas: um relato de experiência. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, 13(40), 1-11. DOI: 10.5712/rbmf13(40)1620
- INOCÊNCIO JF, Sozua MMT. (2014). A percepção do enfermeiro quanto à saúde do negro. *Revista PróUniverSUS*, 05(2), 11-17.
- LOURENÇO, C. (2023). Uma sociedade desigual: reflexões a respeito de racismo e indicadores sociais no Brasil. *Serviço Social e Sociedade*, 146(1), 75-96.

MAIO, M. C.; MONTEIRO, S. (2005). Tempos de racialização: o caso da 'saúde da população negra' no Brasil. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, 12(2), 419-46.

OLIVEIRA RMS, organizadores. (2016). *CENÁRIOS DA SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA NO BRASIL*. Belo Horizonte: Fino Traço/Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, 222 p. ISBN 978-85-67589-13-8.

OLIVEIRA, L.G.F.; MAGALHÃES, M. (2022). Percurso da implantação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra no Brasil. *Revista Brasileira de Estudos de População*, 39, 123-145.

PEREIRA MG, Soares DP, Silva CRDV, Galiza DDF, Andrade ME, Fernandes MC. (2022). Historicidade e singularidade da saúde da mulher negra: repercussões do cuidado do enfermeiro na atenção primária à saúde. *Revista Recien*, 12(37), 463-471.

SILVA NN, Favacho VBC, Boska GA, Andrade EC, Mercedes NP, Oliveira MAF. (2020). Access of the black population to health services: integrative review. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(4), e20180834. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0834>

SILVA, T. O., Araújo, E. M. de ., Freitas, K. S., & Silva, S. S. B. da .. (2021). Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma proposta de avaliação. *Saúde Em Debate*, 45(129), 354–365. DOI: 10.1590/0103-11042021129102

SOUZAS, Raquel. (2005). A SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA: UMA QUESTÃO DE DIREITO E EQUIDADE. *Revista Edição Popular, Uberlândia*, n.4, 94-102.

WERNECK, Jurema. (2010). Saúde da população negra. Passo a passo: defesa, monitoramento e avaliação de políticas públicas. *Criola*. Julho de 2010.

CAPÍTULO 2

OFICINAS DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE JUNTO AOS PROFISSIONAIS DO CONSULTÓRIO NA RUA

Data de submissão: 04/10/2023

Data de aceite: 01/11/2023

Nemório Rodrigues Alves

Enfermeiro especialista em Saúde da Família pela Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas. Mestre pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Alagoas. Doutorando em Enfermagem e Saúde pela Universidade Federal da Bahia. Salvador - Bahia.
<http://lattes.cnpq.br/5390445446232496>

Cayo Emmanuel Barboza Santos

Enfermeiro pela Universidade Federal de Alagoas. Profissional do Consultório na Rua de Maceió. Secretaria Municipal de Saúde. Maceió - Alagoas.
<http://lattes.cnpq.br/6157636066158202>

Heloisa Wanessa Araújo Tigre

Enfermeira e mestranda pela Universidade Federal de Alagoas. Profissional do Consultório na Rua de Maceió. Secretaria Municipal de Saúde. Maceió - Alagoas.
<http://lattes.cnpq.br/9421334086911717>

Ana Flávia Silva Lima

Enfermeira e mestre pela Universidade Federal de Alagoas. Maceió - Alagoas.
<http://lattes.cnpq.br/8372878086605798>

Natalha Cabral do Nascimento

Enfermeira pela Universidade Federal de Alagoas. Maceió - Alagoas.
<http://lattes.cnpq.br/2940888128697318>

RESUMO: A Educação Permanente em Saúde (EPS) é uma estratégia político-pedagógica que objetiva a qualificação e aperfeiçoamento do processo de trabalho com vistas à produção de mudanças nesse âmbito. Pensar na execução de ações de EPS no contexto da Atenção Primária à Saúde evoca o uso de metodologias ativas e participativas. Estas devem ser capazes de conduzir os profissionais de saúde em um processo de mudança de suas práticas provocando transformações positivas no processo de trabalho. Posto isso, o objetivo deste trabalho é relatar a experiência de oficinas de Educação Permanente em Saúde junto aos profissionais do Consultório na Rua (CnaR) de Maceió. Trata-se de um relato de experiência de caráter descritivo e reflexivo. Foram realizadas quatro oficinas. Participaram delas cinco profissionais do CnaR das seguintes categorias profissionais: enfermagem, serviço social, psicologia e agentes de ação social. A descrição das experiências e as reflexões que emergiram das oficinas de EPS estão descritas e organizadas em quatro eixos a saber: O trabalho - Oficina 1; As territorialidades - Oficina 2; Governo-de-si e governo do outro - Oficina 3; e, Clínica-cuidado e o trabalho em equipe - Oficina 4. Por fim, refletir sobre o processo

de trabalho no contexto do CnaR enriquece as possibilidades da construção de melhores práticas em saúde. A EPS abre espaços para reflexões e trocas com vistas a melhoria da qualidade das ações e serviços que são disponibilizados aos usuários. Estar atento aos modos de dominação revela-se fundamental para justamente caminhar no sentido oposto: o da construção de autonomia. Foi possível também refletir sobre as tecnologias de cuidado bem como sua implementação no cotidiano. Avaliamos como necessário o desenvolvimento de oficinas de EPS para permitir a instauração de processos reflexivos e críticos entre os trabalhadores do CnaR.

PALAVRAS-CHAVE: Educação Permanente. Atenção Primária à Saúde. Consultório na Rua.

PERMANENT HEALTH EDUCATION WORKSHOPS WITH STREET CLINIC PROFESSIONALS

ABSTRACT: Permanent Health Education (EPS) is a political-pedagogical strategy that aims to qualify and improve the work process with a view to producing changes in this area. Thinking about implementing EPS actions in the context of Primary Health Care evokes the use of active and participatory methodologies. These must be able to lead health professionals in a process of changing their practices, causing positive transformations in the work process. That said, the objective of this work is to report the experience of Permanent Health Education workshops with professionals from the Consultório na Rua (CnaR) in Maceió. This is an experience report of a descriptive and reflective nature. Four workshops were held. Five CnaR professionals from the following professional categories participated: nursing, social work, psychology and social action agents. The description of the experiences and reflections that emerged from the EPS workshops are described and organized into four axes, namely: The work - Workshop 1; Territorialities - Workshop 2; Self-government and government of others - Workshop 3; and, Clinical care and teamwork - Workshop 4. Finally, reflecting on the work process in the context of CnaR enriches the possibilities for building best health practices. EPS opens spaces for reflections and exchanges with a view to improving the quality of actions and services that are available to users. Being aware of the modes of domination proves to be fundamental to moving in the opposite direction: that of building autonomy. It was also possible to reflect on care technologies as well as their implementation in everyday life. We consider the development of EPS workshops to be necessary to allow the establishment of reflective and critical processes among CnaR workers.

KEYWORDS: Permanent Education. Primary Health Care. Street Clinics.

INTRODUÇÃO

De acordo com Brasil (2018), a Educação Permanente em Saúde (EPS) é uma estratégia político-pedagógica que objetiva a qualificação e aperfeiçoamento do processo de trabalho com vistas à produção de mudanças nesse âmbito. Constitui-se como uma forma de consolidar o Sistema Único de Saúde (SUS) e ampliar sua resolutividade a partir da transformação das práticas técnicas bem como as sociais aumentando o nível de qualidade das ações e serviços que são ofertadas. Através da sua implementação é possível instaurar um processo de reflexão-ação dos profissionais sobre suas práticas e organização da

atenção (SILVA *et al.*, 2016). Pensar na execução de ações de EPS no contexto da Atenção Primária à Saúde (APS) evoca o uso de metodologias ativas e participativas. Estas devem ser capazes de conduzir os profissionais de saúde em um processo de mudança de suas práticas provocando transformações positivas no processo de trabalho.

No âmbito da APS e dos processos de trabalho das equipes que trabalham neste nível de atenção, a qualificação das práticas está vinculada a diversos fatores: estruturação e organização do serviço; adesão a novas tecnologias; e, sobretudo, comprometimento contínuo e permanente de ações que permitam o desenvolvimento integral dos trabalhadores em saúde (SILVA *et al.*, 2016). Desse modo, a EPS se constitui como ferramenta potente para a transformação da prática que coloca o cotidiano do trabalho sob problematização, promovendo autoanálise e autogestão (CECCIM, 2005). Dentre as equipes de Atenção Básica (eAB) que trabalham com populações específicas, encontram-se as equipes de Consultório na Rua (eCR). Estas possuem um processo de trabalho bastante singular que são orientadas por diversas políticas intersetoriais e é atravessado por conjunturas micropolíticas que constituem os campos de forças (MERHY *et al.*, 2019).

As eCR possuem um processo de trabalho complexo, no qual diferentes tecnologias de cuidados precisam ser postas em prática para assegurar o cuidado integral às pessoas em situação de rua (TIMÓTEO *et al.*, 2020). O processo de trabalho dessas equipes transpõe “as barreiras institucionais do próprio sistema de saúde e da ausência de articulação intersetorial entre as políticas públicas” (ROSA; SANTANA, 2018). Em virtude da multiplicidade e das singularidades que envolvem o cuidado para a População em Situação de Rua (PSR), se faz necessário a implementação das tecnologias de cuidado. Estas são teorizadas por Merhy e classificadas como leves, leve-duras e duras (MERHY *et al.*, 2019).

Merhy e demais autores (2019) também discutem sobre as cinco forças-valores que estão sempre em tensão no dia a dia do processo de trabalho das equipes e agenciam o cuidado e as práticas em saúde. São elas, as forças-valores: *trabalho, território, governo de si e do outro, clínica-cuidado e trabalho em equipe*. A partir delas, é possível ter elementos para fazer reflexões sobre as micropolíticas que agenciam o cuidado e os processos de subjetivação. Posto isso, o objetivo deste trabalho é relatar a experiência de oficinas de Educação Permanente em Saúde junto aos profissionais do Consultório na Rua de Maceió.

METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência de caráter descritivo e reflexivo. De acordo com Silva (2021), este tipo de artigo descreve uma dada vivência que pode contribuir de forma relevante para determinada área de atuação. Ademais, deve ser escrito de modo contextualizado, com objetividade e precisa ter um aporte teórico que é a discussão com a literatura científica que se relaciona com a experiência. Este tipo de estudo contribui

significativamente através do estímulo a trocas e proposições de ideias no campo em questão. O seu propósito é socializar uma experiência, suscitar o debate e viabilizar reflexões.

Para fins de descrição desta experiência toma-se como período temporal os meses de outubro e dezembro de 2020. As oficinas de EPS foram realizadas na Unidade de Saúde da Família (USF) de referência para uma das eCR. Partindo da necessidade de implementar ações de EPS no contexto do Consultório na Rua (CnaR), quatro oficinas foram desenvolvidas. Participaram delas 5 profissionais do CnaR das seguintes categorias profissionais: enfermagem, serviço social, psicologia e agentes de ação social.

A primeira etapa de cada oficina era o acolhimento com apresentação do tema. Para gerar reflexões sobre a prática e o cuidado ofertados às PSR, perguntas disparadoras/norteadoras foram elaboradas anteriormente. Em um segundo momento, os profissionais eram divididos em dois grupos menores para leitura crítica e sintetização do aprendizado em formas diversas, como a construção de cartazes, fanzines, mapas mentais, desenhos e outros recursos. O texto selecionado para discussão nas oficinas foi elaborado por Merhy e seus colaboradores (2019) e é intitulado: “Rede Básica, campo de forças e micropolítica: implicações para a gestão e cuidado em saúde”.

Na etapa final, era proposto o compartilhamento dos saberes construídos com os grupos menores com exposição da produção que sintetizou os temas discutidos. Logo após era feito o momento de condução final, com avaliações do processo formativo e estabelecimento das datas das oficinas subseqüentes. A descrição das experiências e as reflexões que emergiram das oficinas de EPS estão descritas e organizadas em quatro eixos a saber: O trabalho - Oficina 1; As territorialidades - Oficina 2; Governo-de-si e governo do outro - Oficina 3; e, Forças-valores clínica-cuidado e o trabalho em equipe - Oficina 4.

DESCRIÇÃO DA EXPERIÊNCIA E REFLEXÕES

Oficina 1 - O trabalho

Na primeira oficina introduzimos uma metodologia denominada “Varal das Expectativas”, na qual os participantes deveriam escrever suas expectativas de aprendizado para aquele momento. Foi apresentado aos participantes o plano de oficina com os objetivos de aprendizado. Em seguida, iniciamos as discussões introdutórias através das seguintes perguntas: “O que você entende como micropolítica?”; “O que seria para vocês uma rede básica?”; e, “Como podemos diferenciar um trabalho vivo em saúde e o trabalho morto?”.

As discussões iniciais foram potentes, os participantes relataram não ter tido experiências anteriores de EPS em que se discutiu micropolítica do trabalho. O entendimento acerca da rede básica foi elaborado coletivamente de modo consistente. O processo de trabalho das eCR permeia o compartilhamento do cuidado com diversos serviços que compõem não somente as Redes de Atenção à Saúde (RAS), como também as redes

intersetoriais. Após as discussões, dividimos os participantes em dois grupos para a leitura coletiva de partes do artigo que deu subsídio para todas oficinas. Em seguida, construímos dois cartazes para a etapa de compartilhamento do conhecimento.

De um lado, os profissionais trouxeram uma compreensão relevante sobre o trabalho vivo em saúde. Este, deve ser afetado pela singularidade dos encontros e na legitimidade dos saberes, valores e desejos de cada usuário. O trabalho vivo é aquele que se dá em ato e deve ser mediado pelas tecnologias relacionais. O outro grupo compartilhou sobre o trabalho morto, pontuando estratégias de controle e padronização do cuidado e reforçando que o na rua as estratégias para garantir o cuidado são outras, devem caminhar no sentido de fortalecer o acesso da PSR às ações e serviços. Esta oficina inicial foi importante para fortalecer os laços entre os participantes e dar o início a um processo profundo de reflexão do processo de trabalho no próprio serviço. Ao final, pudemos retornar ao Varal das Expectativas para fazer uma avaliação qualitativa sobre a oficina.

Oficina 2 - As territorialidades

Na segunda oficina, iniciamos as atividades com uma sessão de alongamento e respiração controlada. Construímos um mural com as expectativas para a oficina. O diálogo deu início a partir das perguntas disparadoras que tratavam sobre o conceito de território e territorialização em saúde. Em princípio, obtivemos feedback apenas do território em sua dimensão geográfica e material: casas, ruas e dispositivos de saúde. Ao longo da conversa aprofundamos os múltiplos conceitos de território, que por ser vivo é construído historicamente em diversos contextos e relações que envolvem pessoas, culturas, hábitos de vida, características sociais, epidemiológicas, econômicas e demográficas diversas. Avançamos também na conceituação e caracterização do que seriam os territórios existenciais onde se produz vida e cuidado independente das redes institucionais.

Após as discussões iniciais, dividimos os participantes em dois grupos para leitura coletiva de uma parte do artigo que subsidiou as discussões. Em sequência, foram confeccionados dois fanzines que traziam a sintetização do que foi lido e compartilhado. Assim, refletimos as características, potenciais e desafios presentes no território da equipe, explorando as singularidades de cada região atendida, segundo, principalmente, as pessoas que vivem e passam por lá.

Analisou-se, em síntese, a necessidade de garantir a participação dos usuários mais efetivamente na construção do processo de territorialização e a importância da autoanálise dos profissionais de saúde para não constranger ou culpabilizar as pessoas pelos espaços que vivem, bem como atermo-nos para não agir de modo a controlar comportamentos e modos de vida. Esta oficina foi essencial para discutir as especificidades e singularidades das vidas nos diferentes territórios de atuação destes profissionais. Ao final, retomou-se o mural das expectativas para avaliação qualitativa da oficina.

Oficina 3 - Governo-de-si e Governo-do-outro

Em nosso terceiro encontro, demos início à oficina após um café da manhã coletivo. Intensificamos o diálogo sobre a governança de todos os atores envolvidos no cuidado em saúde, no qual enfatizamos o governo dos profissionais de saúde sobre si mesmos e sobre os usuários, ao qual devemos ter cautela para não operar como agentes disciplinadores de corpos, atitudes e comportamentos. Por isso, estar atento aos modos de dominação revela-se fundamental para justamente caminhar no sentido oposto: o da construção de autonomia.

Ressaltamos, assim, o autogoverno dos usuários quanto a administração de sua saúde ao incorporar ou não as recomendações terapêuticas e a pertinência de enquanto profissionais de saúde valorizarmos a autonomia dos usuários na tomada de decisões sobre os modos de operar a sua própria produção existencial. Problematizamos, conseqüentemente, os saberes clínicos e as tecnologias de cuidados que implementamos. Identificamos que saúde se produz para além das redes institucionais e que os cuidados junto à população em situação de rua acontecem ainda nas chamadas “redes vivas existenciais”.

Nesta oficina, os participantes também foram divididos em dois grupos para leitura do texto proposto para aquela discussão. Após leitura, ambos grupos confeccionaram mapas mentais que sintetizaram os conhecimentos. Chamou a atenção que os mapas traziam estruturas triádicas (trabalhador-gestor-usuário) e setas que explicavam a interação desses três componentes. Após a explicação dos elementos contidos nos fanzines, fizemos uma avaliação qualitativa sobre a oficina mediante a sintetização da experiência em uma palavra.

Oficina 4 - Clínica-Cuidado e Trabalho em equipe

Em nosso último encontro e diálogos sobre o artigo de Merhy, discutimos duas forças-valores conjuntamente: a clínica-cuidado e o trabalho em equipe. A primeira trouxe como foco a distinção e agenciamentos entre a clínica e o cuidado. A força-valor clínica é agenciada pelo saber técnico hegemônico em que o corpo é visto como uma máquina biológica e de modo fragmentado. Os valores são centrados nos saberes das profissões e os usuários são vistos como objetos da ação dos profissionais. Em contrapartida, a força-valor cuidado é agenciada pelos diferentes saberes em que se valoriza o conhecimento popular. O foco do cuidado é a subjetividade, singularidade e a individualidade dos sujeitos. Os usuários são vistos como protagonistas da sua produção existencial. O valor dessa força é centrado na intensidade do viver e é agenciado pelas tecnologias leves de cuidado.

Paralelamente, discutimos sobre os agenciamentos do trabalho em equipe. Este não deve ser visto como apenas uma reunião de profissionais num mesmo espaço para executar tarefas, mas sim, como uma construção ativa que implica enfrentar as diferenças, relações de poder e a construção de um comum (MERHY *et al.*, 2019). Existe uma força

que mobiliza o encontro dos profissionais visando apenas as formalidades e esta possui baixa potência para superar conflitos. Outra agencia o diálogo entre os núcleos de saber na lógica do matriciamento. Entender que no mundo do cuidado todos governam é fundamental para reconhecer a necessidade da construção compartilhada da dinâmica do trabalho em saúde.

Logo, compreendemos que a tensão produzida pela força valor clínica e cuidado produz efeitos diversos a depender do predomínio de uma sobre a outra. De tal modo, precisamos valorizar mais as práticas que produzem o cuidado mais integral em que as tecnologias leves ganham predileção. Problematizar os nossos saberes é fundamental para a melhoria das práticas em saúde. Entendemos como necessário interrogar o que já é instituído para que possamos implementar o novo. Em suma, a EPS tem nos permitido dialogar, problematizar e transformar a *práxis* profissional.

DISCUSSÕES

As ações de EPS têm como objetivo ativar processos de transformação interna e externa no cotidiano do trabalho das equipes. Elas impactam diretamente na produção de novos sentidos no fazer saúde, pois reconhecem práticas e saberes existentes e os colocam em discussão (BRASIL, 2014). Tais práticas estimulam o planejamento, execução e avaliação das ações e serviços em saúde que são ofertados pelos profissionais, com vistas à qualificação da atenção e da gestão em saúde (BRASIL, 2018). Um dos pressupostos da EPS é o reconhecimento do cotidiano do trabalho como lugar de invenções, acolhimento de desafios e substituição criativa de modelos por práticas cooperativas, colaborativas, integradas e corajosas (BRASIL, 2014). Segundo Brasil (2018), a EPS é caracterizada como uma intensa vertente educacional com potencialidades ligadas a mecanismos e temas que possibilitam gerar reflexão por meio da proposta do aprender a aprender, de trabalhar em equipe, de construir cotidianos e eles mesmos constituírem-se como objeto de aprendizagem individual, coletiva e institucional.

O trabalho em saúde é construído com tecnologias materiais e imateriais. No âmbito das tecnologias materiais podem ser citadas as ferramentas e instrumentos que são usados de modos determinados, a exemplo o caderno de campo, as fichas do e-SUS e os equipamentos de proteção individual. Todas estas são consideradas tecnologias duras. Além disso, também são frequentes o uso das tecnologias imateriais: as leve-duras e as leves. A primeira diz respeito aos saberes estruturados das profissões da saúde que por vezes podem se apresentar de maneira dura e outras vezes leve. A segunda corresponde a tudo que é utilizado para favorecer o encontro: “escuta, empatia, reconhecimento, porosidade, conhecimentos produzidos a partir da experiência e agenciados pelo encontro, entre outros” (MERHY *et al.*, 2019). Todo esse aparato tecnológico instrumentaliza o processo de trabalho das eCR que torna o cuidado prestado complexo e dinâmico.

O trabalho do CnaR acontece de modo itinerante, através das equipes que vão ao encontro das pessoas em situação de rua nos territórios onde elas vivem (ALVES *et al.*, 2021). Desenvolver processos clínicos e de cuidado na rua é mais do que estar no território, é se construir pelo território da rua; a clínica no território tem que ser também uma clínica de rua. A preposição “de” guarda então um triplo sentido para a relação entre clínica e território: estar no território; ser gerada pelo território; e fazer do território vetor de cuidado (SOUZA; MACERATA, 2015). As ruas são, entre tantos territórios existenciais, um lugar onde as existências atuam e se produzem, como redes vivas (MERHY *et al.*, 2014). Estas redes são complexas e atravessam as vidas das PSR pois nelas o cuidado é produzido de diversas formas.

Magalhães (2018) afirma que no CnaR existem forças de construção de autonomia e empoderamento dos sujeitos e, ao mesmo tempo, forças de controle e exclusão, em permanente embate. Essas forças em constante tensão constituem o campo micropolítico do trabalho em saúde dessas equipes. No âmbito da força-valor governo-de-si e do outro, Merhy *et al.* (2019) colocam sobre a necessidade de compreender que nas relações entre gestores, trabalhadores e usuários, todos governam. Os gestores constroem e padronizam linhas de cuidado e protocolos a serem implementados pelos trabalhadores, que por sua vez, exercem o governo-de-si com um alto grau de autonomia, apesar dos desígnios da gestão e dos desejos dos usuários (MERHY *et al.*, 2019). Por outro lado, os usuários exercem seu autogoverno, implementando ou não as terapêuticas prescritas. Nesse contexto, ações de EPS que colocam em questão a identificação destas forças que agenciam as relações entre gestores, trabalhadores e usuários são profícuas para a transformação das práticas em saúde.

No âmbito da atuação dos profissionais do CnaR destaca-se o trabalho em equipe multiprofissional e interdisciplinar com reuniões de equipe para discussão de casos e temas (ALVES *et al.*, 2021). Cardoso *et al.* (2018) afirmam que o trabalho das eCR são organizados numa perspectiva de compartilhamento do cuidado para superar as dificuldades encontradas no cuidado às PSR. Diante da complexidade do viver na rua, os profissionais devem trabalhar na perspectiva da clínica ampliada justamente para superar a fragmentação do cuidado. Merhy *et al.* (2019) afirmam que a força-valor trabalho em equipe é agenciada por elementos que levam a produção de conflitos e burocratização, no entanto, existe uma necessidade para que esse agenciamento seja superado por outro que valoriza o diálogo entre os núcleos de saberes e que trabalha numa perspectiva de matriciamento.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A construção coletiva das oficinas permitiu gerar modificações e reflexões nos processos de trabalho diários dos profissionais envolvidos, bem como favoreceu o exercício criativo para construção de recursos educativos, a partir das vivências e materializações

do conhecimento em recursos visuais. O aprendizado coletivo gerou bons frutos sobre o entendimento de correlações de forças existentes no âmbito do trabalho. Estas não precisam ser anuladas e sim compreendidas e dialogadas de forma aberta. Apontamos sobre a importância do encontro e que neste, haja respeito e troca de saberes, sem sobreposições profissional e decisões mais coletivizadas, em que sejam levadas em consideração as forças-valores que permeiam as relações. Contribuiu também para reflexões e mudanças na compreensão de território, facilitando a percepção mais aprofundada das características que o integram, perpassando pela dimensão material e dando mais ênfase aos indivíduos que constroem sua dinâmica. Percebe-se ainda os afetamentos produzidos nos modos de operacionalização do processo de territorialização na rua.

Refletir sobre o processo de trabalho no contexto do CnaR enriquece as possibilidades da construção de melhores práticas em saúde. A EPS abre espaços para reflexões e trocas com vistas a melhoria da qualidade das ações e serviços que são disponibilizados aos usuários. Estar atento aos modos de dominação revela-se fundamental para justamente caminhar no sentido oposto: o da construção de autonomia. Foi possível também refletir sobre as tecnologias de cuidado bem como sua implementação no cotidiano. Avaliamos como necessário o desenvolvimento de oficinas de EPS para permitir a instauração de processos reflexivos e críticos entre os trabalhadores do CnaR.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Educação Permanente em Saúde**: reconhecer a produção local de cotidianos de saúde e ativar práticas colaborativas de aprendizagem e de entrelaçamento de saberes. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 2 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**: o que se tem produzido para o seu fortalecimento?. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. 73 p.

CECCIM, Ricardo Burg. Educação permanente em saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 10, n. 4, p. 975-986, dez. 2005. <http://dx.doi.org/10.1590/s1413-81232005000400020>

MAGALHÃES, Julia de Araujo. Clínica do consultório na rua: atenção à população em situação de rua no centro da cidade de São Paulo. **Rev. Psicol. UNESP**, Assis, v. 17, n. 1, p. 14-33, 2018.

MERHY, Emerson Elias et al. Redes vivas: multiplicidades girando as existências, sinais de rua, implicações para a produção do cuidado e a produção do conhecimento em saúde. **Saúde em Debate**, v. 52, n. 6, p. 153-164, out. 2014.

MERHY, Emerson Elias et al. Rede Básica, campo de forças e micropolítica: implicações para a gestão e cuidado em saúde. **Saúde em Debate**, [S.L.], v. 43, n. 6, p. 70-83, 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/0103-11042019s606>.

ROSA, Anderson da Silva; SANTANA, Carmen Lúcia Albuquerque de. Consultório na rua como boa prática em saúde coletiva. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [S.L.], v. 71, n. 1, p. 465-466, 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-201871sup102>.

SILVA, Luiz Anildo Anacleto da et al . Avaliação da educação permanente no processo de trabalho em saúde. **Trabalho, educação e saúde**, Rio de Janeiro , v. 14, n. 3, p. 765-781, Dez. 2016. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00015>.

SILVA, Camila Mendes. **Como transformar qualquer vivência em relato de experiência**. 2021, 38p.

SOUZA, Tadeu de Paula; MACERATA, Iacã. A clínica nos consultórios na rua: territórios, coletivos e transversalidades. **Ayvu: Revista de Psicologia**, [S.L.], v. 1, n. 2, p. 1-21, 2015.

TIMÓTEO, Aryanna Vanessa Gomes et al. Caracterização do trabalho e ações desenvolvidas pelas equipes do Consultório na Rua de Maceió - AL. **Enfermagem em Foco**, [S.L.], v. 11, n. 1, p. 1-6, 2020. <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2020.v11.n1.2757>

INTERVENÇÃO EDUCATIVA SOBRE ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL E AVALIAÇÃO PARA PESSOAS COM DIABETES EM CENTRO DE SAÚDE DE BELO HORIZONTE/MG

Data de aceite: 01/11/2023

Carla Maria Pereira Meirelles Nicolliello

Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais
Belo Horizonte - Minas Gerais
<https://orcid.org/0009-0006-9093-4617>

Alice Pereira Silva

Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais
Belo Horizonte - Minas Gerais
<https://orcid.org/0009-0000-4553-4282>

Beatriz de Freitas Pereira Garcia

Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais
Belo Horizonte - Minas Gerais
<https://orcid.org/0009-0007-0587-4873>

Ana Carolina Rodrigues Oliveira Miranda

Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais
Belo Horizonte - Minas Gerais
<https://orcid.org/0009-0008-2014-9116>

Ana Laura Amaral Abreu

Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais
Belo Horizonte - Minas Gerais
<https://orcid.org/0009-0005-7603-8034>

Bruna Cerqueira Caldas Pinheiro

Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais
Belo Horizonte - Minas Gerais
<https://orcid.org/0009-0002-7370-3682>

Júlia Marinho Simião

Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais
Belo Horizonte - Minas Gerais
<https://orcid.org/0009-0000-7871-9646>

Patrícia Fernandes

Enfermeira do Centro de Saúde Oswaldo Cruz, Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil
<https://orcid.org/0009-0001-1215-079X>

Juliana Veiga Costa Rabelo

Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais
Belo Horizonte - Minas Gerais
<https://orcid.org/0000-0001-7599-5565>

RESUMO: Introdução: Diabetes Mellitus é uma doença metabólica crônica que é comumente acompanhada de diversas complicações devido a falhas no seu controle. Com essa relevância e a partir da demanda de um Centro de Saúde,

acadêmicos de medicina criaram um projeto focado na prevenção e educação em saúde para pessoas com Diabetes Mellitus. **Objetivo:** Avaliar fatores de risco para complicações da Diabetes Mellitus e promover educação em saúde, focando em nutrição. **Metodologia:** A partir de listagem de diabéticos que não realizaram glicohemoglobina no último semestre, foi realizado o convite, por contato telefônico ou WhatsApp, para participação de uma atividade de grupo. Inicialmente foi realizada dinâmica sobre nutrição, discutindo composição alimentar, índice glicêmico e alimentos mais equilibrados. Além disso, foi ofertado vacinação, da Pfizer bivalente, Influenza, meningite C e Pneumo-13. Ademais, foi oferecida solicitação exames, aferição de pressão arterial e glicemia capilar, avaliação dos pés e saúde bucal. **Resultados:** Participaram da ação 14 pessoas. As avaliações foram, em sua maioria, boas, e os pacientes que apresentaram alteração, como hipertensão, hiperglicemia, fissuras calcâneas e onicomicoses, foram orientados de acordo com o protocolo municipal. **Conclusão:** Os acadêmicos concluíram que a dinâmica foi muito positiva, pois aprenderam sobre prevenção de complicações da diabetes e diálogo com o público. Logo, foi inegável o resultado positivo para ambas as partes da discussão aberta e lúdica, estimulando entendimento sobre a doença e permitindo troca de conhecimentos e dúvidas.

EDUCATIONAL INTERVENTION ON NUTRITION AND ASSESSMENT FOR PEOPLE WITH DIABETES IN A HEALTH CENTER IN BELO HORIZONTE/MG

ABSTRACT: Introduction: Diabetes Mellitus is a chronic metabolic disease that is commonly accompanied by several complications due to failures in its control. With this relevance and based on the demand of a Primary Health Center, medical students created a project focused on prevention and health education for people with Diabetes Mellitus. **Objective:** To assess risk factors for complications of Diabetes Mellitus and to promote health education, focusing on nutrition. **Methodology:** From the list of diabetics who did not undergo glycohemoglobin exams in the last semester, an invitation was made, by telephone contact or WhatsApp, to participate in a group activity. Initially, dynamics about nutrition were held, discussing food composition, glycemic index and more balanced foods. In addition, vaccination was offered, from Pfizer bivalent, Influenza, meningitis C and Pneumo-13. In addition, requests for exams, measurement of blood pressure and capillary blood glucose, evaluation of diabetic feet and oral health were offered. **Results:** 14 people participated in the action. The evaluations were, for the most part, good, and the patients who presented alterations, such as hypertension, hyperglycemia, calcaneal fissures and onychomycosis, were oriented according to the city's protocol. **Conclusion:** The academics concluded that the dynamic was very positive, as they learned a lot about preventing complications from diabetes and dialoguing with the public. Therefore, the positive result for both parts of the open and playful discussion was undeniable, stimulating understanding about the disease and allowing the exchange of knowledge and doubts.

KEYWORDS: Diabetes Mellitus; Health Promotion; Diabetic Foot; Food and Nutrition Education.

INTRODUÇÃO

Diabetes Mellitus (DM) é uma doença metabólica crônica caracterizada pelo aumento de glicose sérica que pode ocorrer devido a várias etiologias. Há vários tipos de diabetes, como DM Gestacional, tipo 1 e tipo 2. Dentre essas, a Diabetes Mellitus tipo 2 é a mais prevalente, ocorre quando o corpo fica resistente ou não produz insulina e está frequentemente associada a outras doenças metabólicas.

A prevalência de DM está crescendo em todo o mundo, principalmente em países mais pobres, é previsto que, até 2045 mais de 700 milhões de adultos serão diabéticos. Além disso, a Federação Internacional de Diabetes estima que no Brasil, neste mesmo ano, haverá 21,8 milhões de diabéticos. Portanto, sob a perspectiva brasileira, já foi observado um aumento, comparando os anos de 2006 e 2016, de 3,4% na prevalência de diabetes auto-relatada nas capitais.

É observado que a DM descontrolada é associada a diversas complicações, como neuropatias, retinopatia, doenças cardiovasculares, infecções do trato urinário e respiratório, amputação de membro inferior, insuficiência renal e acidente vascular cerebral. Essas são muito relacionadas com fatores de risco como pressão arterial, parâmetros lipídicos, frequência cardíaca, peso corporal e ácido úrico. Portanto, a DM é uma doença extremamente presente e preocupante no sistema de saúde, principalmente por suas diversas complicações e a importância do controle e acompanhamento dela.

Visto isso, fica evidente a importância de ações de promoção à saúde em unidades básicas de saúde (UBS) que visem o controle da diabetes, principalmente em unidades que abrangem um território com alto número de pessoas acometidas pela doença. Essas ações visam melhorar o acompanhamento, prevenir complicações e estimular o autocuidado.

Diante do exposto, o presente trabalho teve por objetivo avaliar os fatores de risco para complicações da Diabetes Mellitus e promover ação de educação em saúde, focando em nutrição saudável.

METODOLOGIA

O presente estudo foi realizado em um Centro de Saúde (CS) localizado na região do hipercentro de Belo Horizonte, capital do estado de Minas Gerais. O recrutamento dos participantes, foi feito via contato telefônico ou por WhatsApp, de acordo com a listagem dos pacientes diabéticos que possuíam cadastro nesse serviço e que não haviam realizado o exame de glicohemoglobina nos últimos seis meses. Ao todo, foi feito o contato com cerca de 90 pessoas e dessas, 17 confirmaram presença.

A dinâmica se baseou em uma estrutura fixa: no início da ação foi feita uma atividade interativa com os participantes, e posteriormente o grupo de acadêmicos do curso de medicina, com o auxílio da enfermeira, técnica de enfermagem e Agente Comunitária de Saúde de uma das Equipes de Saúde da Família do CS, dividiram-se em estações para

atender os participantes. Foram ofertadas a avaliação dos pés; vacinação contra a influenza, pneumo-13, meningococo C e Pfizer bivalente; aferição da pressão arterial e da glicemia capilar; solicitação de exames e marcação de consultas com os profissionais do CS.

No primeiro momento todos participaram de uma dinâmica na qual os acadêmicos levaram alimentos comuns na alimentação cotidiana de um cidadão brasileiro, como pão de sal, banana, arroz e feijão. Todos os alimentos foram dispostos em uma mesa, ao lado de duas balanças. O objetivo da dinâmica era que os participantes escolhessem uma comida que estava disponível na mesa e dissessem quanto de açúcar ou sal eles achavam que cada uma delas possuía, colocando as quantidades imaginadas em cima da balança. Com isso, os acadêmicos mostraram qual eram as quantidades corretas de carboidrato e sódio em cada um dos alimentos.

Para concluir, foi explicado a importância da ingestão de alimentos com padrão de baixo índice glicêmico, focando na sua relevância para controle da hemoglobina glicada e outros parâmetros, e da necessidade de encontrar um equilíbrio entre alimentos que causam um aumento acelerado da glicemia capilar dos pacientes com DM e alimentos que retardam esse pico. Durante toda a dinâmica inicial, os pacientes tiveram a liberdade de apresentar dúvidas e se mostraram interessados com o conteúdo abordado.

Após a dinâmica, utilizou-se três salas para dividir os participantes nas estações de atendimento de forma que não ficassem aguardando longos períodos e evitar a lotação das mesmas. Na estação de “Vacinação”, foram ofertadas as vacinas contra Influenza, Pneumo-13, Meningo-C e Pfizer bivalente, àqueles que ainda não haviam sido imunizados.

A estação de “Marcação de Exames”, realizou a propedêutica complementar sendo as principais solicitações: colesterol fracionado e total, glicose jejum, glicohemoglobina, dosagem de potássio e sódio, triglicerídeos, hemograma e exame de urina. Por fim, foram dadas orientações para os pacientes sobre cada exame solicitado.

No que tange às avaliações, a estação de “Aferição de Pressão Arterial (PA)” realizava a aferição da PA dos pacientes e em seguida os mesmos eram direcionados para a estação de “Glicemia Capilar”, onde era realizada a punção digital do sangue.

Na estação da “Avaliação dos pés”, os acadêmicos rastream a angiopatia e polineuropatia, identificaram anormalidades, avaliaram força muscular, presença de doença arterial periférica e rastream a sensibilidade dos pés utilizando o monofilamento de Semmes-Weinstein de 10 gramas.

RESULTADOS

Compareceram à ação 14 pessoas dentre as 17 que confirmaram presença.

O uso de uma dinâmica lúdica contribuiu para a melhor assimilação dos pacientes em relação à relevância que a alimentação possui no cotidiano deles. Além disso, foi possível se aproximar da realidade da rotina alimentar desses indivíduos, uma vez que

muitos relataram suas dificuldades e anseios.

Dessa forma, foi possível promover um letramento em saúde, que é definido pela OMS como:

“As habilidades cognitivas e sociais que determinam a motivação e a habilidade dos indivíduos de obter acesso, compreender e utilizar a informação de maneira a promover e manter uma boa saúde” (Tefera, 2020)

Com a promoção do conhecimento sobre a DM, é possível promover maior nível de adesão ao tratamento e redução das complicações devido ao mal controle.

Na estação de “Vacinação”, 100% dos presentes receberam a contra Pneumo-13, pois a mesma não é ofertada rotineiramente no CS. As demais vacinas foram administradas conforme necessidade após avaliação do cartão.

Em relação à “Marcação de Exames”, todos foram orientados quanto a forma de preparo dos mesmos e também em realizar o agendamento para entrega dos resultados para o médico da equipe.

Quanto à Aferição de Pressão Arterial, a maioria dos pacientes apresentavam-se normotensos e faziam o controle com medicação. Entretanto, alguns não faziam o controle medicamentoso e apresentavam um quadro de hipertensão, dessa forma foi recomendado abordar essa alteração de pressão com seu médico e foi anotado em seu prontuário. Quanto à glicemia capilar, os resultados oscilaram, sendo a maioria dos pacientes ou estavam normoglicêmicos ou hiperglicêmicos.

À avaliação dos pés, foi observado que os pacientes mantinham a força muscular e sensibilidade preservadas e a marcha normal. Contudo, alguns pacientes apresentaram fissuras calcâneas e onicomicoses e foram orientados sobre essas. Ao final, foi recomendado o uso de sapatos adequados, confortáveis e fechados, inspeção diária dos pés, secagem dos pés após o banho e hidratação diária dos mesmos. Dessa forma os 5 elementos necessários para a prevenção de complicações e úlceras em pés diabéticos foram abordados: identificação de pés em risco, inspeção e exame, educação do paciente, recomendar o uso de sapatos apropriados e identificação e futuro tratamento de fatores de risco, como presença de calos e infecções fúngicas.

Importante relatar que, existiram algumas limitações que devem ser observadas. A principal delas foi o horário disponível na UBS para a realização da ação, a qual aconteceu no período da tarde. Esse horário coincidiu com o horário de trabalho de muitos pacientes, que não puderam participar. Ademais, por ser uma ação realizada pela primeira vez no CS, após a pandemia, acredita-se que alguns indivíduos apresentaram resistência em comparecer. Esses fatores levaram a um número menor de pessoas presentes, o qual foi abaixo do esperado pelos acadêmicos e pelos profissionais. Além disso, foi observado que os participantes tinham o diagnóstico de DM tipo 2, logo não foi possível alcançar os pacientes com que sofriam de outras formas de Diabetes Mellitus.

CONCLUSÃO

A ação de promoção à saúde para as pessoas com DM reafirmou a importância de prevenir complicações que podem surgir devido à doença. O cuidado se mostrou importante não somente em relação ao aspecto da saúde física dos indivíduos, mas também em relação à educação acerca dos hábitos alimentares que devem ser adotados.

Se tornou perceptível que o cuidado adequado vai além da consulta médica, elucidando a relevância do cuidado contínuo com a alimentação e com a prevenção de complicações. Essa atividade também mostrou que a atenção à saúde do público diabético somente é possível através de uma integração entre profissionais de várias áreas da saúde e a relevância dessa cooperação.

A ação permitiu aos acadêmicos desenvolvimento de suas capacidades sociais como falar em público, se comunicar com pessoas de diferentes idades e escutar o próximo quanto a suas dúvidas, medos e inseguranças. Ademais, permitiu o crescimento intelectual, já que precisaram realizar diversas pesquisas e leituras para conseguirem se comunicar ativamente, para aprenderem sobre a prevenção de complicações pela DM e realizar as avaliações e técnicas necessárias para o grupo.

Logo, a dinâmica foi muito positiva, para ambos os grupos possibilitando um aprendizado ativo e troca de experiências, principalmente pelo o aspecto lúdico e aberto da discussão, que permitia sempre a abertura e o ambiente seguro.

REFERÊNCIAS

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. **Diagnosis and classification of diabetes mellitus**. Diabetes Care, v. 33, n. Supplement_1, p. S62–S69, 30 Dez 2010.

ANA CÂNDIDA LIMA, Bracarense. **CUIDADOS COM A SAÚDE DOS PÉS DA PESSOA COM DIABETES**. [S.l.: s.n.], 2020. Disponível em: <<https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/saude/2021/cartilha-fique-de-olho-nos-seus-pes-versao-final-4.pdf>>.

BRACCO, Paula A e colab. **Lifetime risk of developing diabetes and years of life lost among those with diabetes in Brazil**. Journal of Global Health, v. 11, 3 Jul 2021.

CERIELLO, Antonio e PRATTICHIZZO, Francesco. **Variability of risk factors and diabetes complications**. Cardiovascular Diabetology, v. 20, n. 1, 7 Maio 2021. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8106175/pdf/12933_2021_Article_1289.pdf>.

CHIAVAROLI, Laura e colab. **Effect of low glycaemic index or load dietary patterns on glycaemic control and cardiometabolic risk factors in diabetes: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials**. BMJ, v. 374, p. n1651, 5 Ago 2021. Disponível em: <<https://www.bmj.com/content/374/bmj.n1651>>.

DE OLIVEIRA, Ana Paula Della Nina e colab. **Needed Improvements in Diabetes Prevention and Management in Brazil**. Preventing Chronic Disease, v. 15, 6 Dez 2018. Acesso em: 22 out 2020.

GUIA DE CUIDADO INTEGRAL DA PESSOA COM DIABETES - Cuidados com os pés -. Disponível em: <https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/saude/2021/guia-de-cuidado-integral-da-pessoa-com-diabetes-cuidados-com-os-pes_09-12-2021.pdf>.

JIN, Qiao e MA, Ronald Ching Wan. **Metabolomics in Diabetes and Diabetic Complications: Insights from Epidemiological Studies**. Cells, v. 10, n. 11, p. 2832, 21 Out 2021.

KHAN, Tamkeen e WOZNIAC, Gregory D. e KIRLEY, Kate. **An assessment of medical students' knowledge of prediabetes and diabetes prevention**. BMC medical education, v. 19, n. 1, p. 285, 29 Jul 2019. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31357985/>>. Acesso em: 25 nov 2020.

LOVIC, Dragan e colab. **The Growing Epidemic Of Diabetes Mellitus**. Current Vascular Pharmacology, v. 17, n. 2, 5 Abr 2019.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO CÂMARA DE EDUCAÇÃO SUPERIOR RESOLUÇÃO Nº 7, DE 18 DE DEZEMBRO DE 2018 (*) ()**. [S.l.: s.n.], 2018. Disponível em: <https://normativasconselhos.mec.gov.br/normativa/pdf/CNE_RES_CNECESN72018.pdf>.

NATHER, Aziz . **Prevention of diabetic foot complications I SMJ**. Disponível em: <<http://www.smj.org.sg/article/prevention-diabetic-foot-complications>>.

OJO, Omorogieva. **Dietary Intake and Type 2 Diabetes**. Nutrients, v. 11, n. 9, p. 2177, 11 Set 2019. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31514301/>>.

PEREDA, Paula e colab. **Direct and Indirect Costs of Diabetes in Brazil in 2016**. Annals of Global Health, v. 88, n. 1, 2022.

REIS, Rodrigo Citton Padilha Dos e colab. **Evolution of diabetes in Brazil: prevalence data from the 2013 and 2019 Brazilian National Health Survey**. Cadernos de Saúde Pública, v. 38, 6 Maio 2022. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csp/a/4YWtmtvQkgFm3mmQ4f7kxDr/?lang=en>>.

SCHAPER, Nicolaas C. e colab. **Practical Guidelines on the prevention and management of diabetic foot disease (IWGDF 2019 update)**. Diabetes/Metabolism Research and Reviews, v. 36, n. S1, Mar 2020.

TEFERA, Yonas Getaye e colab. **Diabetic health literacy and its association with glycemic control among adult patients with type 2 diabetes mellitus attending the outpatient clinic of a university hospital in Ethiopia**. PLOS ONE, v. 15, n. 4, p. e0231291, 8 Abr 2020.

TUOMILEHTO, J. e WOLF, E. **Primary Prevention of Diabetes Mellitus**. Diabetes Care, v. 10, n. 2, p. 238–248, 1 Mar 1987. Acesso em: 24 set 2019.

UUSITUPA, Matti e colab. **Prevention of Type 2 Diabetes by Lifestyle Changes: A Systematic Review and Meta-Analysis**. Nutrients, v. 11, n. 11, p. 2611, 1 Nov 2019. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6893436/>>.

YAPANIS, Michael e colab. **Complications of Diabetes and Metrics of Glycemic Management Derived From Continuous Glucose Monitoring**. The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism, v. 107, n. 6, p. e2221–e2236, 30 Jan 2022. Disponível em: <<https://academic.oup.com/jcem/article/107/6/e2221/6517532?login=false>>. Acesso em: 30 ago 2022.

QUALIFICA-APS E A (RE) ORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO PARA O ACESSO AVANÇADO À SAÚDE

Data de aceite: 01/11/2023

Maira Rossetto

Jiennifer Souza de Oliveira

Vitoria Maria Marques

Raquel Mignoni

Daniela Savi Geremia

RESUMO: Objetivo: Relatar o processo de implantação do modelo de acesso avançado do Qualifica-APS em um Centro de Saúde da Família na região oeste de Santa Catarina.

Metodologia: Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência elaborado na perspectiva de acadêmicos, tutores e preceptores vinculados ao Programa de Educação Pelo Trabalho - PET-SAÚDE/Interprofissionalidade.

Resultados: A partir do reconhecimento do perfil de atendimento, as mudanças no tipo de acesso e a (re) organização do processo de trabalho das equipes de saúde da família gerou-se profundas e significativas reflexões sobre os atributos da Atenção Primária à Saúde e do planejamento das ações centradas nas necessidades dos usuários e das famílias como foco central da tomada de decisão e avaliação das

práticas. **Considerações finais:** O acesso avançado tem potencial de reduzir as filas de espera por atendimento e o número de usuários hiperutilizadores, além de estimular maior adesão dos usuários a corresponsabilização com a saúde a partir adesão as consultas, aos tratamentos e maior satisfação com o atendimento, sendo propulsor de uma atenção primária mais forte e resolutiva como ordenadora do cuidado.

PALAVRAS-CHAVE: Atenção Primária à Saúde; Acesso aos Serviços de Saúde; Sistema Único de Saúde; Educação Interprofissional; Estratégia de saúde da Família.

INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) teve suas bases estruturais consolidadas no Movimento da Reforma Sanitária Brasileira (MRSB) por meio da luta dos cidadãos em reivindicação a democracia e ao direito universal à saúde¹. O modelo prioritário de atenção à saúde adotado pelo SUS foi a Atenção Primária em Saúde (APS) desenvolvida com a implementação

e capilarização da Estratégia da Saúde da Família (ESF), sendo considerada porta de entrada preferencial da rede de atenção e serviços do sistema de saúde.¹

A APS desenvolvida no Brasil através da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) apresenta atributos essenciais ao seu funcionamento, a saber: acesso/primeiro contato, longitudinalidade, coordenação e integralidade. A organização do acesso e das agendas de atendimento dos profissionais de saúde representam um dos maiores desafios da APS². Nas condições de acesso aos serviços de saúde devem-se observar os aspectos que se referem às formas de acessibilidade de como os usuários acessam os centros de saúde da família para atendimento de suas necessidades de saúde/doença³. Estas por sua vez, devem possibilitar que o cuidado efetivamente seja realizado. A acessibilidade compreende a integração com as dimensões geográficas, com aspectos econômicos, culturais e funcionais de cada região no modo que os serviços de saúde estão disponíveis.³

Pesquisas apontam obstáculos na organização do processo de trabalho e no modelo de acesso dos usuários aos serviços de saúde, estes têm se constituído de forma fragmentada, com grande tempo de espera para o atendimento, dificuldade para o acesso em agendamento de consultas e com baixa resolutividade dos seus problemas de saúde⁴. Além disso, muitas unidades de saúde apresentam números expressivos de faltosos nos atendimentos na ESF, e excesso de demandas por causas sensíveis à APS em outros pontos da rede assistencial, como nos serviços de média e alta complexidade^{4,5}.

Na perspectiva de melhorias do acesso e dos processos gerenciados pela APS a estratégia governamental, iniciada em 2019, foi a implantação do Qualifica-APS, que reforça a necessidade do apoio institucional para o alcance da resolutividade da atenção, com apoio da gestão às equipes de saúde. No estado de Santa Catarina, foi definido como forma de avaliação da atenção básica e das equipes de saúde da família, com transferência de recursos financeiros (co-financiamento) para as equipes certificadas de acordo com padrões de avaliação de indicadores relacionados ao acesso avançado e territorialização. Desde o lançamento da estratégia, a Secretaria Estadual de Saúde de Santa Catarina tem investido na Educação permanente e na discussão crítico-reflexiva para a formação dos profissionais que atuam nas ESFs, sendo que, todo o processo de acreditação da atenção básica e repasses financeiros passarão pelo Qualifica APS⁶.

O Qualifica APS é uma proposta que segue os pressupostos do SUS e propõe um equilíbrio entre oferta do serviço e a demanda, visando aumentar a cobertura de atendimento da população e desburocratizar o acesso, com ampla resolução dos problemas de saúde⁷. O Qualifica APS tenciona a discussão sobre o entendimento de diferentes conceitos de Acesso, sendo que no modelo tradicional os atendimentos são organizados por agendamentos em momentos pontuais, contribuindo para agendas saturadas e com grande número de absenteísmo e excessivo número de consultas de urgência/encaixes⁷. No modelo de acesso com vagas há uma mescla de atendimentos de urgência e programados, mas permanece a dificuldade de atendimento aos usuários com

demandas não urgentes e a resolutividade é baixa. Já na perspectiva do acesso avançado propõe-se que aproximadamente 70% dos atendimentos seja realizado pela demanda do dia, atendendo todas as demandas do usuário e não apenas a queixa principal. Nesse modelo a escuta é fundamental para qualificar a demanda do usuário e qual profissional irá atendê-lo, gerando mais acolhimento e resolutividade⁷.

O acesso avançado tem como premissa 'Faça hoje o trabalho de hoje!'. Essa indicação permite a abordagem de demandas administrativas, condições crônicas, eventos agudos, atividades preventivas e coordenação do cuidado dos pacientes seguindo a mesma sistemática, sem fragmentações. Nesta perspectiva não se restringe a agenda a grupos como hipertensos, diabéticos ou tabagistas, deixando a agenda permanece aberta, e seus horários são preenchidos diariamente, conforme a demanda⁸.

Destarte, diante do cenário de profundas transformações nas formas de organização do processo de trabalho dos profissionais da ESF e de acesso dos usuários, a questão que norteia estas reflexões é: Como se deu a mudança organizacional do processo de trabalho dos profissionais de saúde e das condições de acesso à ESF com a implementação do Qualifica-APS? Assim, este artigo tem como objetivo relatar o processo de implantação do modelo de acesso avançado do Qualifica-APS em um Centro de Saúde da Família (CSF), na região oeste de Santa Catarina.

MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência elaborado na perspectiva de acadêmicos, docentes (tutores), profissionais (preceptores) vinculados ao Programa de Educação Pelo Trabalho - PET-SAÚDE/Interprofissionalidade em relação a implantação do modelo Qualifica APS em um CSF – designação dada pelo município estudado às suas ESF) – região oeste do estado de Santa Catarina.

O cenário de estudo foi um CSF, localizado entre zonas urbana e rural, sendo a maior distância entre a unidade e o limite do território de 3km, com abrangência de uma população de 3.795 usuários e um total de 07 microáreas. No território os recursos existentes para a população são uma escola, uma creche, cursos profissionalizantes e um Centro de Referência de Assistência Social - CRAS. Relacionado a promoção de saúde existe uma academia da saúde e hortas comunitárias. Na área de abrangência do CSF existem áreas de risco ambiental, como lixões que empregam pessoas que trabalham com a reciclagem e áreas em ocupação irregular próxima a rios que provocam inundações e, conseqüentemente, a migração das pessoas. Nessa região, também estão concentradas várias empresas do município que geram demanda de atendimento em saúde do trabalhador.

A equipe de saúde do CSF é composta por um médico clínico geral, uma enfermeira especialista em saúde da família, uma coordenadora, cinco auxiliares de enfermagem e sete agentes comunitários da saúde, também possui para contemplar uma Equipe de

Saúde Bucal e os profissionais do Núcleo de Apoio da Saúde da Família (NASF) composto por educador físico, farmacêutica, psicóloga e nutricionista.

A experiência é relatada a partir de vivências realizadas pelo PET-Saúde Interprofissionalidade em acompanhar de forma observacional as mudanças na implantação do Qualifica APS no CSF. O período de vivência das atividades foi de 15 de março de 2019 até 30 de maio de 2020, onde foi possível realizar reconhecimento do território, visitas domiciliares, acompanhar o fluxo de usuários na unidade de saúde, participar de atividades de grupos e das reuniões da equipe de saúde. O Programa de Educação pelo Trabalho – PET é uma estratégia da integração dos estudantes de graduação em saúde no processo de ensino, serviço e comunidade para desenvolvimento do Sistema Único de Saúde – SUS com foco na Atenção Primária em Saúde. No ano de 2019 o tema interprofissionalidade é abordado pelo PET-SAÚDE, efetivado para contribuir em um grupo de ações para atuar no plano de implementação da Educação Interprofissional (EIP) no Brasil, com objetivos de qualificação e promoção na interação multiprofissional de profissionais da saúde.

O PET-SAÚDE/Interprofissionalidade da cidade de Chapecó – SC, é o único do Brasil que integra três instituições de Ensino Superior e a Secretária de Saúde do município com quatro cursos de graduação distintos, sendo eles o curso de Medicina e Enfermagem da Universidade Federal da Fronteira Sul – UFFS, o curso de Enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina – UDESC, os cursos de Educação Física e Psicologia da Universidade do Oeste de Santa Catarina – UNOESC. No início do programa, no ano de 2019, os integrantes realizaram imersões quinzenais no CSF, com a finalidade de conhecer o serviço e o território, bem como se aproximar dos usuários e compreender a visão que eles têm sobre o serviço, como também a participação de atividades de grupos e das reuniões da equipe de saúde. No decorrer do ano foram realizadas atividades de lançamento de dados levantados em aplicação de questionários com adolescentes na escola do campo vivenciado, para a realização da intervenção denominada planejamento familiar, além de elaboração de resumos e artigos científicos. O PET-SAÚDE/Interprofissionalidade foi implementado para contribuir em um grupo de ações para atuar no plano de implementação da Educação Interprofissional (EIP) no Brasil, com objetivos de qualificação e promoção na interação multiprofissional de profissionais da saúde, estudantes de graduação e professores nas grandes áreas da saúde com ações de extensão no território estabelecido.

Foi a partir das imersões no CSF que os petianos conheceram e auxiliaram em atividades do Qualifica APS. O Qualifica iniciou as oficinas em agosto de 2019 e sua implementação efetiva na unidade em questão, em janeiro de 2020, assim, foi possível acompanhar o funcionamento antes e durante a implantação das mudanças de atendimento.

A proposta da Estratégia Qualifica APS foi apresentada às equipes de saúde e aprovada pela gestão, dando início em 2019 às oficinas mensais, a partir da (re) organização do processo de trabalho das equipes, na proposta de tutoria, objetivando a melhoria do acesso e da qualidade da atenção implantando/implementando o “Acesso Avançado” como

estratégia de organização do processo de trabalho.

Para operacionalizar a implementação da proposta do Qualifica foram realizadas: oficina Estadual tendo como público alvo as Gerências Regionais de Saúde, oficinas Regionais para os municípios que aderiram à proposta e oficinas com as equipes dos municípios e acompanhamento do tutor selecionado, sendo um tutor por equipe CSF.

A partir de então, as oficinas ocorreram de forma mensal na Secretaria de Saúde do município com a presença do tutor e posterior replicação para as equipes. Na primeira oficina em agosto 2019, foi apresentado pela equipe da gestão municipal de saúde aos tutores das equipes dos CSF, o que é a estratégia “Qualifica APS”. Neste momento, com ampla discussão sobre a PNAB 2017, tendo em vista a ênfase da abordagem de acesso na política. Na segunda oficina, em outubro de 2019, foi realizada a explicação sobre a Carta do Processo de Trabalho que deveria ser elaborada pelas equipes. Assim, recomendou-se construir a carta com base no documento norteador fornecido pela equipe da gestão municipal de saúde, que deveria conter: as características da população, as formas de processo de trabalho, perfil territorial, geografia e ambiente, recursos existentes no território e áreas de risco. Nessa oportunidade também foi explanado sobre a planilha de estudo da demanda local, para ser utilizada e se ter o diagnóstico do acesso e matriz de intervenção. Por fim, na terceira oficina realizada, em novembro 2019, foram fomentadas discussões sobre os Atributos Essenciais da APS (primeiro contato, longitudinalidade, integralidade, coordenação do contato), onde se organizaram quatro grupos de trabalho (de acordo com cada um dos principais atributos) e foi elaborada uma situação problema vivenciada no dia a dia na unidade. Essa atividade permitiu compreender melhor o desenvolvimento dos atributos da APS na prática profissional.

As três oficinas realizadas em 2019 foram dialogadas com a equipe do CSF Eldorado pela tutora durante as reuniões de equipe, estimulando o planejamento das ações e aplicando as intervenções propostas sempre com muita reflexão sobre as práticas, o processo de trabalho e o acesso dos usuários, sendo esse o ponto de partida para novos arranjos na oferta do cuidado singular, integral e longitudinal na APS, como ordenadora da Rede de Atenção à Saúde.

Até dezembro de 2019, a equipe participou da elaboração da carta do processo de trabalho, aplicou a planilha do estudo da demanda e realizou também a matriz de intervenção, o prazo dessas atividades foi estipulado justamente para dar início às formas de Acesso Avançado em janeiro de 2020. Para a elaboração da carta, foram divididas as perguntas do documento norteador por categoria profissional e preenchida durante as reuniões semanais de equipe. A planilha do estudo da demanda foi feita mediante relatórios de atendimentos mensais baseados nos meses de setembro, outubro e novembro de 2019. A matriz de intervenção foi formulada baseada nas necessidades do que foi identificado na Carta do Processo de Trabalho.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

O acesso dos usuários no CSF antes do modelo “Qualifica APS”

As ações voltadas para o acesso dos usuários no CSF permitem o atendimento conforme o grau de enfermidade apresentado por cada usuário, que poderão apresentar diferentes necessidades de saúde e, com isto, persiste a necessidade em organizar dinamicamente o fluxo de acolhimento nos centros de saúde para que possibilitem o atendimento acolhedor e promover o cuidado integral⁹.

Assim, o CSF abordado no estudo apresentava aos usuários uma forma de acesso com vagas, sendo 85% dos atendimentos por demanda programada e 15% por demanda espontânea. O fluxo dos usuários iniciava pelos profissionais da recepção, sendo incluídos no fluxo de prontuário eletrônico (Winsaúde) para ser encaminhado a sala de triagem para a escuta inicial pelo profissional de enfermagem, posteriormente, era direcionado para o atendimento com o profissional médico, enfermeira, UPA/PA ou agendamento de consulta. O modelo de fluxo dos usuários que frequentam o CSF está descrito na figura 1.

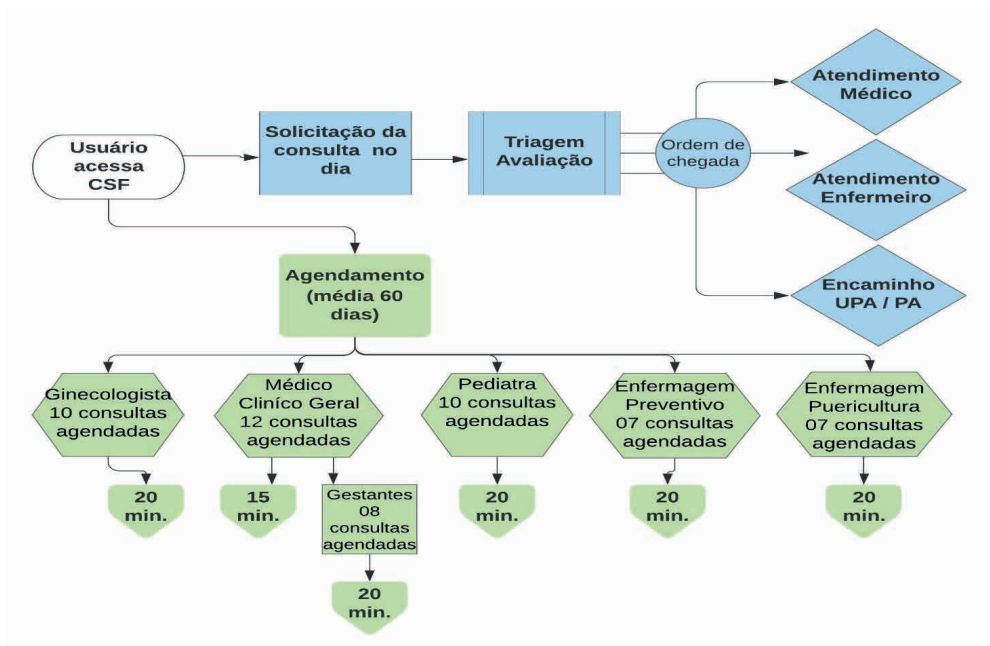


Figura 1: Fluxograma de utilização do CSF antes da implantação do Qualifica APS.

Fonte: os autores (2020).

No cenário desta pesquisa observou-se os dois tipos de atendimentos difundidos na maneira de fluxo para o acolhimento, desde o acolhimento em demanda espontânea quando de demanda programada. O acesso dos usuários ao CSF antes do modelo Qualifica

APS era realizado em sua expressiva maioria por demanda espontânea, com apenas duas consultas agendadas por turno para cada médico, 6 agendamentos para pediatra e ginecologista e 2 de livre demanda, para o clínico eram disponibilizadas 2 consultas de pré natal agendadas por turno e 2 agendadas para Médico Suporte (só retorno de exames).

Logo, para que o CSF cumpra os seus princípios e proporcione atendimento com ações de saúde designadas para o perfil da população no território é importante que utilize estratégias para evidenciar situações e necessidade da comunidade. Deste modo, a utilização do planejamento nos CSF pode ser uma ferramenta para o conhecimento do território e possíveis manejos para o atendimento e para realizar esta estratégia as reuniões de equipes são necessárias, com objetivo de proporcionar resolução dos problemas na atenção ao usuário também propor coordenação no processo de trabalho entre equipes¹⁰. Nas reuniões de equipe realizadas semanalmente, foram pautas o planejamento, acompanhamento de indivíduos/família, visitas domiciliares, processo de trabalho, estudos de caso com a equipe do NASF além de informar os profissionais sobre assuntos diversos da área da saúde no município.

Com base nas demandas de atendimento, em uma reunião entre os profissionais de saúde da equipe, foi analisado o perfil de atendimento no CSF e identificou-se que geralmente são os mesmos usuários que procuram o serviço com queixas semelhantes e repetitivas, destacando usuários hiperutilizadores. Quanto ao atendimento observou-se que, o maior nível de procura por atendimento ocorre no primeiro horário da manhã e no primeiro horário da tarde. Logo a partir dos horários iniciais a demanda do CSF diminui consideravelmente, inclusive com horários ociosos. Em relação a taxa de absenteísmo dos usuários essa representava em torno de 20% e a maior procura da unidade para atendimento é relacionada a solicitação de receitas médicas de uso contínuo, atestados, dor aguda e crônica, agendamentos de exames e consultas, solicitação de exames de rotina, queixas ginecológicas, infecção urinária, febre apresentada pelas crianças.

Nas reuniões de equipe quando são debatidas as dificuldades da comunidade é possível selecionar as principais características e vulnerabilidades do atendimento e estas são centrais para identificar o perfil epidemiológico evidenciando as necessidades prevalentes no território. Ademais, o acompanhamento do território na APS permite delinear e caracterizar os ambientes, mapeando grupos de risco, dimensões demográficas, epidemiológica, social e cultural, podendo utilizar como instrumento de organização de estratégias propondo ações de acordo com a realidade^{11,12}.

No CSF existem mapas inteligentes de saúde do território para acamados, gestante, pessoas portadoras de diabetes mellitus, hipertensão, com tuberculose, pessoas portadoras de necessidades especiais, mulheres com alteração de colo uterino e/ou de mamas. Finalmente, quanto ao conhecimento da equipe relacionado ao território de abrangência, geografia e delimitações, vias de acesso, características do domicílio, perfil demográfico, socioeconômico e institucional foi identificado que somente parte da equipe conhece estes

indicadores.

Portanto a redução das participações de equipes multiprofissionais na construção do mapeamento, ferramenta que promove o processo de territorialização pode gerar dificuldades em descobrir as necessidades, proporcionar a perda de vínculo com a comunidade pela falta de aproximação também influenciar na perda corresponsabilização na parte do usuário em relação o fator saúde-doença¹¹.

Modelo Qualifica APS mudanças no acesso dos usuários e no processo de trabalho da equipe

A implementação da estratégia Qualifica APS/SC proposta pela Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina (SES/SC) vem com o objetivo de ampliar o acesso com qualidade aos usuários por meio da organização do processo de trabalho dos profissionais inseridos, que permitem a educação permanente destes profissionais para possibilitar reflexão crítica e criatividade no momento de transição desta nova proposta¹³.

De acordo com características levantadas pelo grupo de petianos em relação ao antigo formato de atendimento, foi possível analisar que a dificuldade de acesso pode causar o grande número de pacientes hiperutilizadores e filas de espera longa para atendimento em determinados momentos. A necessidade de simplificar e aumentar o acesso no CSF, para os profissionais, surgiu para retomar os princípios básicos da APS passando a ser considerada a atenção centrada na pessoa e suas necessidades de saúde, e não apenas na oferta de determinado serviço.

A partir de janeiro de 2020 começou a implantação no CSF do modelo de Acesso Avançado conforme preconizado no Qualifica APS. Esse modelo, organizou o fluxo dos usuários, que ao chegarem na unidade de saúde, são acolhidos por uma ACS e após relatar o motivo de procura da unidade de saúde são imediatamente encaminhados para atendimentos de acordo com suas necessidades, devendo ser realizado em no máximo 72 horas.

Apartir disso a reorganização do acesso ao usuário no CSF foi pensado para um novo fluxo adaptando para 80% a demanda espontânea e para 20% a demanda programada, conforme demonstra a figura 2.

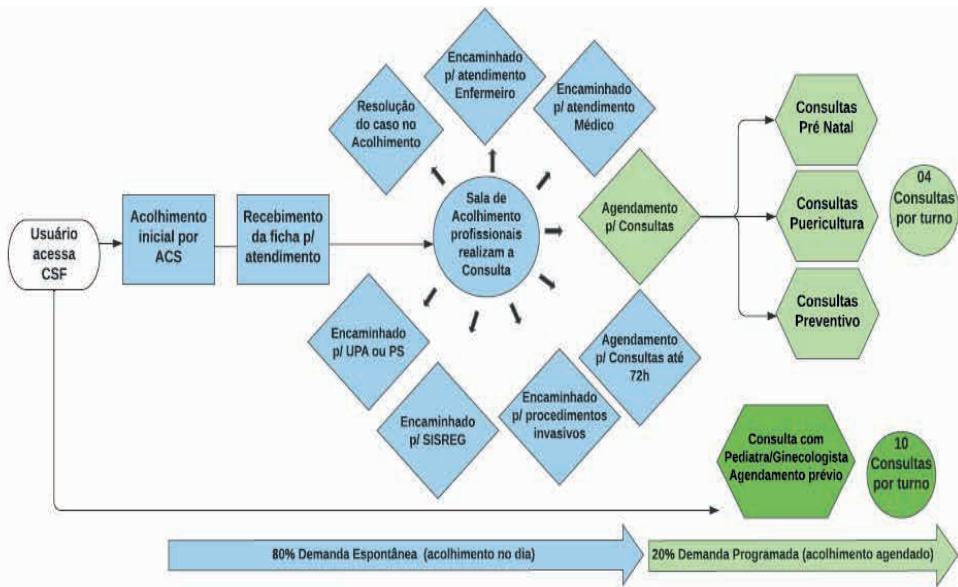


Figura 2 - Fluxograma de utilização do CSF a partir da estratégia Qualifica APS/SC.

Fonte: os autores (2020).

Pesquisa em um serviço que disponibiliza o atendimento 50% demanda espontânea e 50% demanda programada, sendo ampliado o acesso da população a APS, evidenciou que os atendimentos os serviços de alta e média complexidade perceberam a diminuição da superlotação das consultas de demanda espontânea¹³. Contudo, no território brasileiro a organização do acesso aos serviços ainda apresenta grandes filas e dificuldades para o atendimento nos CSF, pelo fato de disponibilizar aos usuários agendamento das consultas sem a realização da escuta inicial dos profissionais e somadas à redução do número de vagas disponível organizados pelo e-SUS, gerando tempos máximos para cada atendimento¹⁴. Nesse sentido, a ruptura com o modelo tradicional com a ampliação da capacidade de escuta inicial dos usuários, pautadas no modelo de acesso avançado, são essenciais para o encaminhamento adequado da demanda e a garantia de resolatividade⁸.

Nesse sentido, considerando o modelo de acesso avançado a reorganização da agenda e do serviço prestado são necessárias novas estratégias, como por exemplo, as consultas de pré natal e puericultura sejam atendidas por profissionais no mesmo dia, que os resultados laboratoriais sem alterações sejam anotados no prontuário e usuários e estes poderão ser encaminhados para grupo de promoção à saúde, evitando a consulta desnecessária, também em momento de transição do novo modelo gerar a possibilidade do usuário sair com o agendamento, caso não consiga o atendimento por demanda espontânea no dia¹⁵.

O modelo do Qualifica APS tem como objetivo reduzir as filas por demanda

programada ampliando a demanda espontânea pelo acesso avançado, ele também permite fomentar a utilização da territorialização para atingir maior cadastro da população^{6,15}. Uma das demandas levantadas foi a necessidade da equipe multiprofissional de saúde conhecer os seus indicadores no território, para isso, foi realizada atividade com os membros da equipe para organização dos mapas que compõe o território e os usuários que apresentavam algum tipo de agravo de saúde.

Outrossim, na prática as equipes de saúde aderentes ao Qualifica APS precisam realizar um plano para o processo de trabalho dos profissionais individualmente e entre equipe, identificando os indicadores de saúde do território para proporcionar a territorialização no centro de saúde. Em vista disso estudos apontam que existem dificuldades para ESF ser realmente efetivas nas diretrizes da APS, quando esses centros estão estabelecidos em cidades com maior população, caracterizando nestes territórios indicadores sociais menos desenvolvidos pela ESF¹⁶. Assim, a melhoria dos indicadores e desenvolvimento ampliado pela equipe podem auxiliar na estrutura e processo de trabalho nos serviços da APS.

Sobretudo após realização das mediações pela educação permanente proposto no objetivo da estratégia Qualifica APS/SC uma carta do processo de trabalho foi elaborada pela equipe de saúde detalhando a realidade de organização e demonstrando a atual situação para o atendimento da sua população. Também, levantou-se os problemas a serem enfrentados com o preenchimento de uma Matriz de Intervenção, que deverá ser acompanhada, monitorada e avaliada nas reuniões de equipe, sendo apresentadas na tabela 1 as ações voltadas para aumento da oferta.

Estratégias para aumento da oferta	
Solução	Problemas
Eliminar desperdício	Despreparo na sala de atendimento, ocupação de sala com recursos excedentes ou com o deslocamento de suprimentos para outra sala, sublocação de recurso humano, não utilização de protocolos assistenciais.
Otimizar profissionais	Atendimento centrado no médico, reduzir encaixes e interrupção de consultas.
Otimizar equipamentos	Falta de padronização de procedimentos comuns e de materiais usuais.
Antecipar a demanda	Falta de preparo em situações graves e com aumento de demanda sazonal, ausência de documentos básicos dos usuários para as consultas e falta de padronização de procedimentos comuns.
Sincronizar profissionais	Falta de produtividade/planejamento de reuniões de equipe, atrasos, falta de material de apoio diagnóstico e terapêutico, diferentes raciocínios clínicos.
Aumentar disponibilidade	Ausência de mudança constante de agendas, usuários frequentes e hiperutilizadores com mesmo perfil, profissionais atendendo em sala, aumentar atendimento domiciliar, aumentar atividades em grupo, falta de tempo para apoiar o autocuidado.
Reduzir tempos	Ausência de tempo mínimo de consulta e adotar protocolo de triagem.

Desenvolver planos de contingência	Ausência de pactuação de equipes irmãs, ocorrência de surto de dengue, incompatibilidade entre oferta e demanda, profissionais com limitações assistenciais.
------------------------------------	--

Tabela 1. Estratégias para aumento da oferta.

Fonte: os autores (2020).

Diante do exposto no quadro 1, em relação ao aumento da oferta, são necessárias adequações administrativas e de gestão da unidade de saúde com a solução de problemas como a falta de **organização, qualificação e capacitação de profissionais**. Na matriz de intervenção para aumentar a oferta as soluções apontadas são a eliminação de desperdícios, otimização de profissionais e equipamentos em suas atividades essenciais, antecipação à demanda, sincronização do trabalho de profissionais e aumento da disponibilidade, redução de tempos e desenvolvimento de planos de contingência.

A partir das dificuldades descritas tornou-se importante a organização do CSF, com salas para atendimento dos profissionais estruturadas com equipamentos e materiais necessários para o atendimento e a estruturação de atividades no território e que contemplem estratégias de intervenção em grupo e em diferentes dispositivos de atenção a população. Além disso, os profissionais de saúde inseridos na APS, devem pensar desde as demandas de usuários até atividades administrativas, ampliando sua atuação e dividindo a responsabilidade de cogestão da unidade de saúde¹⁷. Nesta perspectiva, a organização no ambiente de trabalho para a realização de atividades essenciais pela equipe é de grande importância, gerando um ambiente produtivo, saudável e agradável.

A qualificação e capacitação dos profissionais para realização de atividades essenciais deve ser semanal e contínua, demonstrando a importância da educação permanente para problematizar as situações que necessitam ser transformadas no serviço¹⁸. As mudanças dos indicadores de saúde no território, doenças sazonais ou até emergências em saúde (como a pandemia do coronavírus disease 2019) exige aprendizado dos profissionais da saúde e qualificação permanente¹⁹. A educação permanente em saúde tem foco em problemas cotidianos e na aprendizagem pela experiência, com isso, pode realizar ações de capacitação destes profissionais trazendo para as reuniões de equipe a discussão dos problemas e a reorganização da oferta de serviços. Com a crescente demanda da sociedade em relação a serviços de qualidade gerou a exigência de maior conhecimento e qualificação dos profissionais de saúde, principalmente de quem os lidera sobre as políticas públicas voltadas à saúde¹⁹.

Para ampliar o escopo de atuação de alguns profissionais o uso de protocolos para atenção básica, com enfoque na atuação da enfermagem em consultas pode auxiliar a otimização dos profissionais²⁰. No município estudado, existe uma comissão instituída para a elaboração de protocolos de enfermagem para serem implementados na atenção básica com o objetivo de ampliar os cenários de atuação desses profissionais.

Outra demanda identificada está relacionada a repensar a forma de atuação da equipe em determinados dias e horários, sendo necessário ter suporte da gestão municipal para garantir mais profissionais para reforço da equipe ou uma equipe irmã²¹. Os profissionais precisaram se organizar para atender a demanda espontânea nos horários iniciais dos turnos, maximizando a presença de todos os profissionais nesse horário, com liberação posteriormente, para o desempenho de outras atividades agendadas ou em grupo.

Em relação à gestão do processo de organização de profissionais, descritos como um dos problemas no quadro acima, existem poucas referências na literatura que abordam a organização coletiva dos profissionais em saúde, mas sobre questão do ‘trabalho em saúde’ têm enfatizado dimensões da gestão, dos aspectos técnicos e organizacionais e das enfermidades relacionadas ao trabalho²². Por fim, entende-se que uma gestão eficaz em uma APS, conseqüentemente obterá melhoria na qualificação de profissionais capacitados na realização de suas atividades essenciais.

No CSF analisado existe uma incompatibilidade entre a oferta e a demanda de serviços prestados, o que ocasiona atendimentos agendados, com sobrecarga das agendas nos serviços de saúde e o acúmulo da demanda. Com isso, na tabela 2, a equipe elencou os principais problemas que sustentam a grande demanda neste CSF.

Estratégias para a diminuição da demanda	
Solução	Problema
Aumentar a resolutividade em uma única consulta	Pouca resolutividade de consultas.
Estimular autocuidado	Aumentar orientações para autocuidado e diminuir novas consultas.
Racionalidade nos retornos	Retornos desnecessários.
Reduzir absenteísmo nas consultas	Consultas agendadas para os problemas que já estão resolvidos.

Tabela 2. Estratégias para a diminuição da demanda

Fonte: os autores (2020).

Observa-se que um dos problemas destacados é a falta de resolutividade das consultas que também articulam com o aumento de orientações para o usuário em relação ao autocuidado. Em vistas à estratégia de aumentar a resolutividade da atenção à saúde, os profissionais das equipes designadas ao atendimento da demanda espontânea devem responsabilizar-se em analisar a vulnerabilidade, identificando riscos, reconhecendo e expondo ao usuário as ofertas disponibilizadas para o cuidado, existente no CSF, assim gerenciando as ofertas do cuidado para que envolva as reais necessidades do usuário. Além disso, uma situação que está relativamente associada a diminuição da demanda no atendimento, trata-se dos profissionais médicos e enfermeiros, em que cada um deve

saber a centralidade do seu papel, assim, o profissional específico que realiza a escuta deve manter a responsabilidade da intervenção e conseqüentemente a importância do efetivo trabalho em equipe multi e transdisciplinar podendo gerar a complementaridade na assistência e aumentar o número de resolutividade dos casos pela abreviação do fluxo dos usuários no CSF⁷.

Dentre as estratégias de organização para o acolhimento à demanda espontânea, outro ponto relevante para facilitar o enfrentamento no serviço pela assistência e gestão dos profissionais, são os protocolos construídos para auxiliar os fluxos, condutas e procedimentos clínicos pelos atuantes²³. Com este instrumento, ressalta-se a importância de institucionalizar essas diretrizes embasadas no conhecimento científico para a possibilidade de melhorar a assistência prestada, favorecendo a autonomia e embasamento teórico sobre práticas específicas exercidas pelas equipes de saúde, podendo otimizar recursos humanos. Destarte, referente ao problema dos retornos desnecessários que geram a grande demanda, com a constituição de protocolos é possível reconhecer e analisar cada especificidade do território, possibilitando ações em saúde, como projetar estratificações de risco adequadas para o perfil dos usuários e auxiliando para identificar quais devem dispor de encaminhamentos específicos²⁴.

Outrossim, estratégia para auxiliar este novo modelo são os grupos na APS que propiciam o atendimento coletivo, promoção e prevenção, de forma que estas atividades educativas auxiliem na percepção do autocuidado também auxiliam na interação dos usuários que dispõem de enfermidades para a troca de conhecimentos adotando comportamento e hábitos saudáveis. Sobretudo, no contexto da APS o grupo é democrático e para organização desta educação pode ser utilizado como estratégia de redução dos números de atendimentos, designando ações práticas em saúde nestes ambientes, onde por mais que ocorram no atendimento individualizado clínico o desenvolvimento coletivo pode sanar dúvidas de muitos envolvidos a atenção da saúde²⁵.

Uma das ações que o acesso avançado propõe é a agilidade do acolhimento por escuta compartilhada, que divide a responsabilidade entre os profissionais para o atendimento do usuário, com isso a sobrecarga pode ser reduzida pela centralidade de toda equipe. Este acolhimento coletivo retira a centralidade das consultas médicas e amplia as potencialidades de cada profissional de saúde para o atendimento¹⁵. Portanto com esta estratégia a redução do absenteísmo nas consultas agendadas pode ser vencida se este novo modelo do Qualifica APS passar algumas barreiras, como a geração de saúde utilizada para mercadoria, que enfatiza o consumo de consultas, realização de exames especializados e medicalização com alto consumo, em que na maioria dos casos são desnecessários, dentre a realidade usuários apenas necessitam de orientações primárias para o cuidado de sua saúde. Assim, limitações e propostas para o equilíbrio entre a oferta e demanda no CSF podem proporcionar efeitos positivos para a satisfação dos usuários, pela implementação do acesso oportuno juntamente com a qualidade do atendimento²⁶.

Em relação a demanda reprimida no centro alguns fatores são demonstrados como problemáticos de acordo com o Tabela 3 abaixo:

Estratégias para reduzir demanda reprimida	
Solução	Problema
Trabalhar mais	Procedimentos atrasados pelo excesso de demanda.
Reorientar demanda	Equilibrar oferta de serviços nos diferentes dias da semana.
Adicionar recursos profissionais temporários	Constatação de que a equipe não consegue atender a demanda.

Tabela 3. Estratégias para diminuição de demanda reprimida

Fonte: os autores (2020).

O constante aumento populacional e a procura pelos serviços de saúde contribuem para que haja o que chamamos de demanda reprimida, caracterizada pela espera das pessoas em conseguir atendimento nos diferentes níveis de complexidade²⁷. O Qualifica APS vem com o intuito de reorganizar este processo e disponibilizar autonomia para a unidade de saúde adequar o atendimento de acordo com a realidade local. Algumas formas para superar esta divergência são o suporte médico diurno ou noturno mediante realização de terceiro turno, o que também facilita acesso aos usuários trabalhadores e que só tem disponibilidade de atendimento em horário noturno, bem como suporte assistencial do enfermeiro e dos auxiliares para ampliar o acesso a da população.

Considerando que o CSF de estudo é composto por uma população que busca por atendimento com frequência, é necessário reconhecer as mudanças demográficas deste local, como o envelhecimento da população que leva a uma maior demanda ao serviço, além de muitos deles serem portadores doenças crônicas ou comorbidades, como Diabetes Mellitus, Doenças Cardiovasculares, Artrose, Depressão, HIV/AIDS e Hipertensão. Assim ocasionando a maior necessidade de atendimentos para esses perfis de usuários que utilizam ainda mais consultas e exames. Sobre isso a cronificação das demandas de saúde exige dos profissionais maiores habilidades no atendimento e manejo dos casos, onde, a cura não é o resultado destes agravos de saúde²⁸.

É de extrema necessidade que o profissional da saúde responsável pelo acolhimento esteja capacitado para realizar orientações adequadas e que seja supervisionado pelo enfermeiro, pois o acolhimento é um desafio da garantia da integralidade, incluindo a objetividade e a subjetividade para a resolução da causa que levou o usuário até a Unidade de Saúde⁹. Sem um acolhimento eficaz se torna impossível um atendimento de qualidade em que as orientações prestadas terão resolutividade ao usuário, sem gerar o excesso de casos para o atendimento em espera.

A constante busca por alternativas para reduzir a demanda reprimida, reorganização

da agenda, diminuição da demanda, ampliação e resolução dos atendimentos deve sempre ser baseada na humanização do atendimento, fazendo o possível para melhorar a resolutividade dos problemas que existem e que exigem respostas e ações concretas. No CSF pesquisado estratégias específicas que atingem a maioria destes parâmetros foram pensadas para equipes se adequaram ao novo modelo visando o acesso avançado, sendo 80% ofertado para livre demanda e 20% agendamento de consultas.

Dentre as estratégias será executado por dois profissionais no acolhimento, que realizaram a escuta inicial do paciente e encaminham para ao profissional mais adequado para resolução da queixa no momento, também realizado o rodízio dos profissionais e capacitação aos mesmos sobre acolhimento, incluindo documento questionário para facilitar e agilizar o processo de trabalho. Assim como a importância da qualificação dos profissionais que estão no acolhimento, principalmente os Agentes Comunitário de Saúde, também se faz necessária, melhorando as ações educativas para ao auxílio de informações aos pacientes²⁹.

Outra estratégia incorporada gradativamente é a utilização de diferentes tecnologias de trabalho, construindo possibilidades variadas para melhorar o processo de trabalho da equipe, oferecendo, por exemplo, o uso de telefone celular e aplicativos como *Whatsapp* e *Email* para maior comunicação e aproximação com a população³⁰.

Por fim, cabe destacar que o novo modelo de acesso avançado à saúde estava sendo implantado, quando em decorrência da pandemia do *Coronavirus Disease 2019* (COVID-19), foram necessárias novas readequações para atendimentos e acesso dos usuários aos serviços de saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este artigo apresenta originalidade e ineditismo no debate sobre Acesso Avançado à Saúde na ESF e a descrição do processo de implementação poderá auxiliar outras equipes que se proponham a mudar o modelo de acesso dos usuários aos serviços de saúde na APS. Ademais, agregou conhecimento e experiência no âmbito da organização do processo de trabalho para toda a equipe interprofissional de petianos que tiveram a oportunidade de vivenciar essa experiência.

A partir do reconhecimento e análises profundas sobre o perfil de atendimento e dos usuários que utilizam o CSF, as mudanças no tipo de acesso e a (re) organização do processo de trabalho das eSF gerou-se profundas e significativas reflexões sobre a implementação pelos profissionais dos serviços quanto aos atributos da Atenção Primária à Saúde e o uso das ferramentas de planejamento para definição das ações de forma centradas nas necessidades dos usuários e das famílias. As oficinas, debates e a transformação na organização do processo de trabalho influenciaram positivamente a tomada de decisão e avaliação das práticas pelos próprios profissionais em vistas de garantir atendimentos

ainda mais efetivos de rede de atenção.

O acesso avançado demonstrou ter potencial para reduzir as filas de espera por atendimento e o número de usuários hiperutilizadores, além de estimular maior adesão dos usuários a corresponsabilização com a saúde a partir adesão as consultas, aos tratamentos e maior satisfação com o atendimento, sendo propulsor de uma atenção primária mais forte e resolutiva como ordenadora do cuidado.

AGRADECIMENTOS

Ao financiamento do Ministério da Saúde por meio das bolsas do Programa Educação pelo Trabalho - PET-INTERPROFISSIONALIDADE.

REFERÊNCIAS

- 1 Celuppi IC, Geremia DS, Ferreira J, et al. 30 anos de SUS: relação público-privada e os impasses para o direito universal à saúde. *Saúde debate* 2019; 121(43):302-313.
- 2 Bizinelli B, Neto P, Albuquerque GSC, et al. Acesso à Atenção Primária à Saúde em Curitiba: a percepção dos usuários que frequentam uma unidade de pronto atendimento (UPA). *APS em revista* 2019. 1(3):198-205.
- 3 Campos RTO, Ferrer AL, Gama CAP, et al. Avaliação da qualidade do acesso na atenção primária de uma grande cidade brasileira na perspectiva dos usuários. *Saúde debate* 2014; n spe(38):252-264.
- 4 Paula CC, Silva CB, Tassinari TT, et al. Factors that affect first contact access in the primary health care: integrative review. *Rev pesqu cuid fundam online* 2016; 8(1):4056-78.
- 4 Lira LBS, Santos DS, Neves SJF, et al. Acesso, acolhimento e estratégia saúde da família: satisfação do usuário: satisfação do usuário. *Rev enferm UFPE on line* 2018; 9(12):2334-2340.
- 5 Gomide MFS, Pinto IC, Bulgarelli AF, et al. A satisfação do usuário com a atenção primária à saúde: uma análise do acesso e acolhimento: uma análise do acesso e acolhimento. *Interface comun saúde educ* 2017; 65(22):387-398.
- 6 Brasil, Santa Catarina. Secretaria de Estado da Saúde. *Estratégia Qualifica APS/SC*. Florianópolis: Governo do Estado de Santa; 2019.
- 7 Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Acolhimento à demanda espontânea / Ministério da Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
- 8 Pires Filho LAS, Marques JMA, Duarte NSM, et al. Acesso Avançado em uma Unidade de Saúde da Família do interior do estado de São Paulo: um relato de experiência. *Saúde debate* 2019; 121(43):605-613.
- 9 Costa AB, Gouvea PB, Rangel RCT, et al. Percepción de los enfermeros sobre la acogida y clasificación de riesgo en la atención primaria a la salud. *Emfem actual Costa Rica* 2018; 35(0j):103-115.

- 10 Voltolini BC, Andrade SR, Piccoli T, et al. Reuniões da Estratégia Saúde da Família: um dispositivo indispensável para o planejamento local. *Texto & contexto enferm* 2019; n spe(28):1-14.
- 11 Camargos MA, Oliver FC. Uma experiência de uso do georreferenciamento e do mapeamento no processo de territorialização na Atenção Primária à Saúde. *Saúde debate* 2020; 123(43):1259-1269.
- 12 Oliveira TA, Farah BF, Ribeiro LC. O processo de territorialização de equipes multidisciplinares de assistência domiciliar (EMAD) com base nas condições socioeconômicas e ambientais da população idosa. *Rev aps* 2016; 1(19):85-94.
- 13 Kahl C, Meirelles BHS, Lanzoni GMM, et al. Ações e interações na prática clínica do enfermeiro na Atenção Primária à Saúde. *Rev esc enferm USP* 2018; n spe(58):1-7.
- 14 Lima RS, Correia IB. Reorganização da agenda e do modelo de acesso em Unidade de Saúde da Família 24 horas: relato de experiência. *Rev bras med fam comunidade* 2019; 41(14):1-10.
- 15 Reigada CPL. Repensando acesso, qualificando o cuidado: relato do trabalho em duas equipes de saúde da família. *Rev bras med fam comunidade* 2017; 39(12):1-7.
- 16 Brunelli B, Gusso GDF, Santos IS, et al. Avaliação da presença e extensão dos atributos de atenção primária em dois modelos coexistentes na rede básica de saúde do Município de São Paulo. *Rev bras med fam comunidade* 2016; 38(11):1-12.
- 17 Moreira DA, Horta NC, Brito MJM, et al. Estratégias de organização e fortalecimento do trabalho na equipe de saúde da família. *Recom* 2016; 1(6):2106-2118.
- 18 Dolny LL, Lacerda JT, Nilson LG, et al. Permanent health education in family health teams work process. *Braz j hea rev* 2020; 1(3):15-38.
- 19 Martins APL. (Monografia). Perfil Sociodemográfico, Formação e Qualificação dos Profissionais de Saúde que atuam na Atenção Básica do Município de Araranguá/SC. Graduação de Fisioterapia/UFSC, Araranguá. 2019.
- 20 Da Silva BRX, Paiva RCG, Guedes TA. Os desafios do Sistema de Regulação em Saúde: na perspectiva da Atenção Básica. *Cad educ saúde fisio* 2019; 12(6):18-24
- 21 Sellera PEG, Pedebos LA, Harzheim E, et al. Monitoramento e avaliação dos atributos da Atenção Primária à Saúde em nível nacional: novos desafios. *Ciênc saúde coletiva* 2020; 4(25):1401-1411.
- 22 Eberhardt LD, Carvalho M. Gestão do trabalho e organização coletiva de trabalhadores do setor público de saúde. *Trab educ saúde* 2016; 1(14):45-65.
- 23 Araújo MCC, Acioli S, Neto M, et al. Protocolos de enfermagem: motivação e metodologia no processo de construção compartilhada. *Rev enferm UERJ* 2017; n spe(25):1-5.
- 24 Ribeiro MA, Albuquerque IMN, Cunha ICKO, et al. Organização do cuidado às condições crônicas na atenção primária à saúde de Sobral-CE: avaliação de processo na perspectiva de gestores. *Aps em Revista*, 2019; 1(1):29-38.
- 25 Maceno PS, Heidemann ITSB. Desvelando as ações dos enfermeiros nos grupos da Atenção Primária à Saúde. *Texto contexto - enferm* 2016; 4(25):2-9.

26 Vidal TB, Rocha AS, Harzheim E, et al. Scheduling models and primary health care quality. *Rev de saúde pública* 2019; n spe(53):38-48.

27 Neves RG, Duro SMS, Muñiz J, et al. Estrutura das unidades básicas de saúde para atenção às pessoas com diabetes: Ciclos I e II do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade. *Cad saúde pública* 2018; 4(34):1-10.

28 Schenker M, Costa DH. Avanços e desafios da atenção à saúde da população idosa com doenças crônicas na Atenção Primária à Saúde. *Ciênc saúde coletiva* 2019; 4(24):1369-1380.

29 Silva JMA, Batista BD, Carmo AP, et al. Dificuldades experienciadas pelos Agentes Comunitários de Saúde na realização da Educação em Saúde. *Enferm foco* 2019; 3(10):82-87.

30 Facchini LA, Tomasi E, Dilélio AS. Qualidade da Atenção Primária à Saúde no Brasil: avanços, desafios e perspectivas. *Saúde debate* 2018; n spe(42):208-223.

DINÂMICA COORDENADA EM CAMPANHAS DE VACINAÇÃO: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA DE ACADÊMICOS DE MEDICINA

Data de submissão: 21/09/2023

Data de aceite: 01/11/2023

Júlia Marinho Simião

Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais
Belo Horizonte - Minas Gerais
<https://orcid.org/0009-0000-7871-9646>

Ana Carolina Rodrigues Oliveira Miranda

Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais
Belo Horizonte - Minas Gerais
<https://orcid.org/0009-0008-2014-9116>

Ana Laura Amaral Abreu

Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais
Belo Horizonte - Minas Gerais
<https://orcid.org/0009-0005-7603-8034>

Bruna Cerqueira Caldas Pinheiro

Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais
Belo Horizonte - Minas Gerais
<https://orcid.org/0009-0002-7370-3682>

Alice Pereira Silva

Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais
Belo Horizonte - Minas Gerais
<https://orcid.org/0009-0000-4553-4282>

Beatriz de Freitas Pereira Garcia

Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais
Belo Horizonte - Minas Gerais
<https://orcid.org/0009-0007-0587-4873>

Carla Maria Pereira Meirelles Nicolielo

Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais
Belo Horizonte - Minas Gerais
<https://orcid.org/0009-0006-9093-4617>

Juliana Veiga Costa Rabelo

Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais
Belo Horizonte - Minas Gerais
<https://orcid.org/0000-0001-7599-5565>

RESUMO: Introdução: As vacinas são capazes de proteger os indivíduos contra patógenos, gerando respostas imunes mais eficazes no combate às doenças causadas por eles. A difusão das campanhas de vacinação é uma ferramenta relevante na imunização em rebanho da população, promovendo maior abrangência e qualidade de saúde. Segundo o Programa Nacional de Imunização, as vacinas contra influenza, meningite C e COVID-19 deveriam ser aplicadas no primeiro semestre de 2023.

Logo, houve uma elevada demanda por essas vacinas nos Centros de Saúde (CS) de Belo Horizonte/MG, sobrecarregando as unidades e os profissionais. Essa situação dificulta a imunização, aumentando as filas de espera e repelindo o público. Diante do exposto, a participação de acadêmicos de medicina nos processos de trabalho das campanhas de imunização colabora com a organização das filas e otimiza o tempo de espera. **Objetivo:** Aprimorar a dinamicidade do processo de vacinação em um Centro de Saúde da região central de Belo Horizonte/MG, a fim de reduzir as longas filas de espera e facilitar a imunização do público alvo. **Metodologia:** Houve a abertura de duas novas salas de vacinação, sendo uma para o público prioritário e outra específica para influenza e meningite C. Em cada sala havia um enfermeiro e até dois acadêmicos realizando o registro e a aplicação das vacinas. Outro acadêmico organizou o fluxo das filas, analisando cartões vacinais e direcionando os pacientes às salas. Ademais, havia uma terceira sala que atendia as vacinas de rotina habitual e campanha da COVID-19. **Resultados:** As filas de cada sala se tornaram menores e o atendimento mais ágil. Além disso, pessoas imunizadas, assim como os profissionais, demonstraram e relataram satisfação com o processo mais rápido. **Conclusão:** Uma vez que filas extensas para vacinação afastam o público alvo das campanhas, esse método foi eficaz na garantia da imunização dos cidadãos.

PALAVRAS-CHAVE: Imunização em massa; Centros de Saúde; Programa de imunização.

COORDINATED DYNAMICS OF VACCINE FLOW: A REPORT OF MEDICAL STUDENTS

ABSTRACT: Introduction: Vaccines are capable of protecting individuals from pathogens, creating immune responses more effective to combat diseases caused by them. Vaccine campaign is a relevant weapon to achieve herd immunity, promoting more coverage and health quality. According to the Brazilian national immunization program (*Programa Nacional de Imunização*), the vaccines against Influenza, Meningitis C, and COVID-19 are due to be given in the first semester of 2023. As a result, there was a high demand for those vaccines in the health centers of Belo Horizonte/MG, overloading units and healthcare professionals. This situation makes immunization harder, increasing wait lines and repelling the public. Therefore, the participation of medical students in the process of the campaign helps organize the lines and optimize the wait times. **Purpose:** Make the immunization process more dynamic in a health center in the central area of Belo Horizonte/MG, in order to reduce the long wait lines and facilitate the vaccination of the target audience. **Methodology:** Two more vaccine rooms were opened, one being for the priority group and another one specifically to Influenza and Meningitis C. In each room there was a nurse and up to two medical students registering and vaccinating the public. Another student organized the line flow, analyzing vaccine cards and directing the patients to the rooms. In addition, there was a third room that had the COVID-19 vaccines and the others that may be needed. **Results:** The waiting lines became smaller and the service faster. Furthermore, the public and the healthcare professionals expressed and reported satisfaction with the speeded process. **Conclusion:** Once extensive lines to vaccinate repel the target audience of the campaign, this method was effective in achieving the immunity of citizens.

KEYWORDS: Mass immunity; Health Centers; Immunization programs.

INTRODUÇÃO

Com a descoberta da vacina, doenças que devastavam populações foram sendo controladas e, em alguns casos, até erradicadas. Tendo tal contexto em vista, é evidente o benefício da vacinação para a prevenção de enfermidades, no sentido de promover imunização em massa e também no de dificultar a existência de quadros clínicos mais graves. Os benefícios de uma imunização não são restritos ao indivíduo apenas, mas também, devido ao potencial de imunização em rebanho, as vacinas são capazes de proteger aqueles que não puderam se vacinar.

As campanhas de vacinação no Brasil têm uma longa história de eficácia comprovada, remontando à década de 1960, quando o país alcançou a notável erradicação da varíola por meio de uma abrangente vacinação em massa da população. Em resposta a essa conquista, o Ministério da Saúde elaborou o Programa Nacional de Imunização (PNI) em 1973, visando à organização e implementação de estratégias de vacinação em todo o território nacional. Esse marco na saúde pública foi, posteriormente, fortalecido pela legislação especializada em imunizações e vigilância epidemiológica, estabelecida pela Lei 6.259 de 30 de outubro de 1975 e pelo Decreto 78.231 de 30 de dezembro de 1976, que contribuíram para a consolidação institucional do PNI.

A criação do Programa Nacional de Imunização possibilitou a programação regular das agendas de imunização, fornecendo um serviço integral de saúde por meio de uma rede própria. Desde então, o PNI mostrou a eficácia da vacinação em massa da população brasileira, erradicando também a poliomielite do país e promovendo campanhas contra doenças imunopreveníveis, como hepatite B, meningites, febre amarela, sarampo e tétano neonatal, dentre outras. Além disso, o PNI desempenha também um papel essencial na aquisição, na distribuição e na normatização do aproveitamento de imunobiológicos especiais destinados a pessoas com imunodeficiências congênitas ou adquiridas e outras condições especiais de morbidade, bem como para indivíduos expostos a situações de risco. Nesse sentido, é possível afirmar que esses grupos populacionais são direcionados aos Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais (CRIE) para receber atendimento adequado.

A importância de manter um cartão vacinal atualizado é notável e, para isso, o Calendário Nacional de Vacinação do Brasil dispõe de 48 imunobiológicos, incluindo 20 vacinas, ofertadas nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) conforme cronograma do PNI. Ademais, o PNI brasileiro destaca-se como um dos maiores e mais bem-sucedidos programas de vacinação do mundo, desempenhando um papel fundamental na manutenção da saúde pública com a promoção de campanhas anuais contra a gripe, no primeiro semestre do ano e de atualização da caderneta de vacinação, com destaque para as cadernetas de vacinação infantis.

As campanhas de vacinação de Belo Horizonte/MG contra COVID-19, Meningite C

e Influenza de 2023 foram realizadas no primeiro semestre do ano, com o intuito de ampliar a cobertura vacinal do município. Paralelamente, o público contemplado para a vacinação contra meningite C foi ampliado. Desde março de 2023 pela Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES-MG), devido às baixas taxas de vacinação na população infantil, todas as pessoas não vacinadas, com 16 anos ou mais, puderam receber a vacina meningocócica. Sendo assim, a demanda nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) da cidade aumentou significativamente, em virtude da procura pelos imunizantes. Com os Centros de Saúde (CS) lotados e os profissionais sobrecarregados, houve um aumento nas filas de espera, o que prejudicou a execução das campanhas, repelindo o público.

Para além da campanha vacinal contra a meningite C, outras duas campanhas, que tendem a atrair um grande público populacional, estavam sendo realizadas no mesmo período de tempo. A procura pela vacina meningocócica coincidiu com a periodicidade das imunizações contra o vírus *Influenza*, que ocorre anualmente entre abril e agosto, e a vacinação contra COVID-19. No caso, a vacina aplicada contra COVID-19 era a bivalente, que, no momento da dinâmica, estava sendo aplicada apenas em pessoas idosas.

Portanto, é possível observar que houve um grande número de vacinas sendo aplicadas diariamente nos CS e nas UBS brasileiras. No caso relatado, notou-se que, no CS belorizontino frequentado pelos acadêmicos, havia uma sobrecarga de trabalho elevada dos profissionais. Tais indivíduos se encontravam em uma situação desconfortável, com demandas que exigiam um trabalho contínuo e extenuante para que fosse possível reduzir as filas no CS.

Vale ressaltar que tal serviço ofertado é um trabalho fisicamente cansativo devido à postura vertical (e não confortável) que o profissional deve adotar durante a vacinação, além de ter que lidar com documentos que devem ser obrigatoriamente cadastrados nas ferramentas do Sistema Único de Saúde (SUS). Para além do cansaço físico dos profissionais, existe um cansaço mental considerável nesse serviço. O fato de tais indivíduos terem que lidar com reclamações, com dúvidas e com as emoções dos pacientes era um ponto de exaustão mental para os profissionais do CS.

Diante do exposto, foi imprescindível a participação de acadêmicos de medicina nas ações das campanhas de imunização, auxiliando na organização das filas, no cumprimento da grande demanda estabelecida e na otimização do tempo de espera. Dessa forma, pode-se afirmar que a assistência dos estudantes em um Centro de Saúde da região central de Belo Horizonte/MG visou aprimorar a dinamicidade do processo de vacinação, a fim de reduzir as longas filas de espera e facilitar a imunização do público alvo.

METODOLOGIA

A metodologia utilizada foi a abertura de duas salas de vacinas adicionais à sala já existente, que estava aplicando todas as vacinas em uma fila única. Dessa forma, com a

ajuda da equipe do centro de saúde, os materiais que seriam utilizados foram separados, sendo eles uma caixa térmica ajustada na temperatura ideal, termômetro digital, agulhas, seringas, frascos do imunizante, algodão, álcool para higienização das mãos, bandeja e descarte de perfurocortantes.

Com os materiais, foi possível abrir mais duas salas de vacinação que contavam com um acadêmico (no máximo, dois) e um profissional de saúde da unidade, os quais se dividiam na aplicação dos imunizantes e na realização do registro no sistema.

A divisão consistia em uma sala exclusivamente para o público prioritário, voltada para o atendimento de pessoas com deficiência física, idosos com idade igual ou superior a 60 anos, gestantes, lactantes e pessoas acompanhadas por crianças de colo. Nesta sala, eram aplicados todos os imunizantes.

A outra sala aberta foi destinada à aplicação exclusivamente de vacina contra *Influenza* e contra meningite C, que eram as vacinas em campanha mais demandadas no momento. Desta forma, a sala que já existia realizava a aplicação da vacina contra a COVID-19 e as demais, incluídas no Programa Nacional de Imunização. Tal sala era composta apenas por profissionais da unidade de saúde.

Além disso, foi necessário um acadêmico para fazer o acolhimento e a análise dos cartões de vacina, direcionando a população para cada uma das filas. Neste momento, o público-alvo era questionado sobre sintomas gripais e febris e sobre o esquema prévio de imunização contra aquele patógeno.

RESULTADOS

Com a divisão em novas salas foi possível realizar uma redistribuição do público por meio de um redirecionamento dos pacientes de acordo com suas demandas por vacinas específicas. Tal dinâmica coordenada diminuiu o tamanho da fila única que existia anteriormente. A partir da orientação dada pelo acadêmico responsável pela comunicação com o público, a informação foi bem difundida entre os pacientes e a nova organização foi garantida sem gerar tumultos. Além disso, o fluxo das filas se tornou mais dinâmico e eficiente, por meio do trabalho colaborativo entre os profissionais de saúde e os acadêmicos de Medicina.

Foi relatado pelos pacientes uma melhor experiência em relação ao atendimento, promovida pelo encurtamento do tempo de espera e pelo maior número de pessoas atendidas em um mesmo período. Essa coordenação das campanhas de vacinação foi um fator que surpreendeu a população e alcançou novos pacientes que provavelmente não seriam atendidos em tempo hábil naquele dia, devido ao horário de funcionamento do CS.

A dinâmica também foi favorável aos profissionais de saúde que estavam em atividade, haja vista a divisão de trabalho entre os alunos e os enfermeiros durante o processo de vacinação: parte ficou responsável pela identificação e aplicação da vacina,

pelo descarte dos materiais utilizados e a outra parte pela recepção dos pacientes, pelo registro no sistema e nos respectivos cartões vacinais. Dessa forma, houve uma menor sobrecarga física e mental dos profissionais, além de um melhor rendimento na realização de todas as demandas da unidade e não somente na vacinação em questão. Tal situação pode ser explicada pelo fato de que, quando os acadêmicos substituíram alguns profissionais que tinham outras demandas no CS, esses indivíduos puderam exercer suas funções normais dentro do CS.

Ademais, para além de trazer benefícios para os pacientes e para os profissionais, essa dinâmica de vacinação foi uma oportunidade de conhecimento prático para os acadêmicos. Por meio dessa experiência, os acadêmicos puderam desenvolver a habilidade de aplicar vacinas com eficácia e com facilidade. Foi possível também que, por meio dessa coordenação, os alunos entendessem melhor como podem aprimorar as dinâmicas/processos de trabalho existentes para obterem um melhor resultado. Nesse sentido, habilidades referentes à gestão de pessoas e de locais pôde ser desenvolvida, tornando essa experiência algo produtivo para todos os envolvidos.

CONCLUSÃO

A imunização em massa possui um papel essencial de proteção e de promoção da saúde pública, sendo de suma importância que seja realizada de forma efetiva para que garanta uma cobertura vacinal satisfatória a ponto de produzir a chamada imunidade de rebanho e, conseqüentemente, uma menor incidência ou até mesmo a erradicação das doenças que atingem a população.

Sob a perspectiva de baixa aderência da população em relação às campanhas de vacinação, movida por fatores como as longas filas de espera e a superlotação, a maior agilidade do processo de vacinação resultante da dinâmica coordenada proposta no CS permitiu uma imunização mais eficaz dos pacientes presentes e um maior alcance dos cidadãos.

Desde 2012, foi observado um agravamento na queda da cobertura vacinal do Brasil, principalmente do público infantil. As recomendações de distanciamento social, durante a pandemia do Coronavírus, e o crescimento do movimento antivacina disseminado por meio da propagação de fake news foram fatores que afastaram a população das unidades básicas de saúde, tornando a imunização um processo mais difícil. Dessa forma, tem-se hoje novamente o risco de exposição dos brasileiros a doenças que já foram erradicadas anteriormente. Seguindo esse raciocínio, fazem-se necessárias novas buscas por diferentes formas de promoção de melhorias no funcionamento das UBS e dos CS que sofrem com a escassez de profissionais e com a falta de materiais adequados nos atendimentos de rotina e, principalmente, durante os períodos de campanhas de imunização, a fim de fortalecer as equipes de saúde e as propostas de vacinação mediadas pelo governo brasileiro. Tal

contexto permitiria um maior alcance da cobertura vacinal, incentivando a maior aderência do público nas campanhas e garantindo a proteção da saúde das crianças, jovens, adultos e idosos.

REFERÊNCIAS

BRITTO, J. A. “**A importância da vacinação não está somente na proteção individual, mas porque ela evita a propagação em massa de doenças que podem levar à morte ou a sequelas graves**” (José Augusto Alves de Britto, IFF/ Fiocruz). Disponível em: <https://www.incqs.fiocruz.br/index.php?option=com_content&view=article&id=1721:a-importancia-da-vacinacao-nao-esta-somente-na-protacao-individual-mas-porque-ela-evita-a-propagacao-em-massa-de-doencas-que-podem-levar-a-morte-ou-a-sequelas-graves&catid=114&Itemid=166>.

GONZÁLEZ-BLOCK, M. Á. et al. Barriers and facilitators to influenza vaccination observed by officers of national immunization programs in South America countries with contrasting coverage rates. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 38, n. 3, 2022.

HOLANDA, W. T. G.; OLIVEIRA, S. B. DE; SANCHEZ, M. N. Aspectos diferenciais do acesso e qualidade da atenção primária à saúde no alcance da cobertura vacinal de influenza. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, n. 4, p. 1679–1694, abr. 2022.

HOMMA, A. et al. Pela reconquista das altas coberturas vacinais. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 39, n. 3, p. e00240022, 7 abr. 2023.

LA PORTA, M. L.; LIMA, E. **Vacinação infantil sofre queda brusca no Brasil**. Disponível em: <<https://portal.fiocruz.br/noticia/vacinacao-infantil-sofre-queda-brusca-no-brasil>>.

Lei que prioriza atendimento a pessoas com deficiência completa 20 anos e pode se tornar mais inclusiva. Disponível em: <<https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2020/11/06/lei-que-prioriza-atendimento-a-pessoas-com-deficiencia-completa-20-anos-e-pode-se-tornar-mais-inclusiva#:~:text=A%20Lei%2010.048%2C%20de%202000%2C%20foi%20sancionada%20durante%20o%20governo>>. Acesso em: 12 set. 2023.

MACHADO, C. L. et al. **A**. Disponível em: <<https://coronavirus.saude.mg.gov.br/blog/100-imunidade-de-rebanho>>.

Minas Gerais amplia prazo para vacinação contra a meningite C. Disponível em: <<https://www.agenciaminas.mg.gov.br/noticia/minas-gerais-amplia-prazo-para-vacinacao-contra-a-meningite-c>>. Acesso em: 12 set. 2023.

PÔRTO, Â.; PONTE, C. F. Vacinas e campanhas: as imagens de uma história a ser contada. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 10, n. suppl 2, p. 725–742, 2003.

Prefeitura intensifica vacinação contra gripe e meningite em Belo Horizonte. Disponível em: <<https://prefeitura.pbh.gov.br/noticias/prefeitura-intensifica-vacinacao-contra-gripe-e-meningite-em-belo-horizonte>>. Acesso em: 12 set. 2023.

Programa Nacional de Imunizações - Vacinação. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/acesso-a-informacao/acoes-e-programas/programa-nacional-de-imunizacoes-vacinacao>>.

Queda nas taxas de vacinação no Brasil ameaça a saúde das crianças. Disponível em: <<https://butantan.gov.br/noticias/queda-nas-taxas-de-vacinacao-no-brasil-ameaca-a-saude-das-criancas>>.

SAAD, M. A. **Projeto indica como reverter queda na cobertura vacinal.** Disponível em: <<https://portal.fiocruz.br/noticia/projeto-indica-como-reverter-queda-na-cobertura-vacinal#:~:text=Segundo%20levantamento%20do%20Minist%C3%A9rio%20da>>.

SILVA, G. M. et al. Desafios da imunização contra COVID-19 na saúde pública: das fake news à hesitação vacinal. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 28, n. 3, p. 739–748, mar. 2023.

TOSCANO, C.; KOSIM, L. **Cartilha de vacinas: para quem quer mesmo saber das coisas.** [s.l.] Organização Pan-Americana da Saúde / Organização Mundial da Saúde, 2003.

EXCELÊNCIA NO ATENDIMENTO EM ORGANIZAÇÕES DE CUIDADO DA SAÚDE

Data de submissão: 10/10/2023

Data de aceite: 01/11/2023

Valdjane Nogueira Noletto Nobre

Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais / Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (HC-UFMG/EBSERH), Belo Horizonte, Minas Gerais
<https://orcid.org/0000-0002-3831-5003>

Pamela Nery do Lago

Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (HC-UFMG/EBSERH)
Belo Horizonte – MG
<https://orcid.org/0000-0002-3421-1346>

Renata Castro Mendes

Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (HC-UFMG/EBSERH)
Belo Horizonte – MG
<https://orcid.org/0009-0007-4953-9882>

Maria Clara Santos Mayrink

Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (HC-UFMG/EBSERH)
Belo Horizonte – MG
<http://lattes.cnpq.br/4574022635902281>

Aline da Silva Fernandes

Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (HC-UFMG/EBSERH)
Belo Horizonte – MG
<https://orcid.org/0000-0002-2833-1077>

Máira Amaral Silveira Gomes Ferreira

Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (HC-UFMG/EBSERH)
Belo Horizonte – MG
<https://lattes.cnpq.br/0151267512861915>

Iara Alves de Sousa

Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (HC-UFMG/EBSERH)
Belo Horizonte – MG
<http://lattes.cnpq.br/9076585809850835>

Juliana de Paula Silveira

Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (HC-UFMG/EBSERH)
Belo Horizonte – MG
<http://lattes.cnpq.br/5721005762167153>

Mariângela Ferraz Rodrigues Araújo

Centro Universitário UNA Bom Despacho
Bom Despacho – MG
<https://orcid.org/0000-0001-9791-0294>

Adriano Ferreira de Oliveira

Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian da Universidade Federal do Mato Grosso do Sul (HUMAP-UFMS/EBSERH)
Campo Grande – MS
<https://orcid.org/0000-0002-9613-717X>

Antonia Gomes de Olinda

Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados (HU-UFGD/EBSERH)
Dourados – MS
<https://orcid.org/0000-0002-5690-4506>

Marília Prata Oliveira

Hospital Universitário da Universidade Federal de Sergipe (HU-UFS/EBSERH), Aracaju – SE
<https://orcid.org/0000-0003-0319-6224>

Larissa Andreline Maia Arcelino

Hospital Universitário da Universidade Federal de Sergipe (HU-UFS/EBSERH) Aracaju – SE
<https://orcid.org/0000-0001-7484-3260>

RESUMO: As organizações de saúde buscam constantemente estratégias que possam ser efetivas na disponibilização de serviços de qualidade, visando a segurança, a satisfação dos seus clientes e a excelência em seus serviços e atendimentos. Neste sentido, a excelência no atendimento em organização de cuidado de saúde veio para promover uma maior qualidade e segurança para seus clientes bem como a eficácia, a eficiência e a efetividade, utilizando o planejamento como ferramenta e mecanismo inovador, transformando a maneira como a saúde é ofertada de forma global. Como objetivo propôs-se compreender como se dá a excelência em atendimento em organização de cuidado de saúde. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, de cunho bibliográfico, através da qual foi realizada uma revisão bibliográfica dos últimos seis anos em artigos científicos nas bases de dados Google acadêmico, Scielo e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e apreciados nos meses de dezembro de 2021 e janeiro de 2022, utilizando os descritores: qualidade da assistência à saúde, gestão em saúde, planejamento estratégico e equipe de trabalho. Como resultado percebe-se que a excelência é fundamental para as organizações de saúde, que podem ter apoio da tecnologia, além dos stakeholders, equipes multiprofissionais alinhadas para obter alcance da missão organizacional e melhoria contínua.

PALAVRAS-CHAVE: Qualidade da assistência à saúde. Gestão em saúde. Planejamento estratégico. Equipe de trabalho.

EXCELLENCE IN CARE IN HEALTH CARE ORGANIZATIONS

ABSTRACT: Health organizations constantly seek strategies that can be effective in providing quality services, aiming at safety, customer satisfaction and excellence in their services and care. In this sense, excellence in service in healthcare organizations has come

to promote greater quality and safety for its customers as well as effectiveness, efficiency and effectiveness, using planning as an innovative tool and mechanism, transforming the way healthcare is offered globally. The objective was to understand how excellence in care occurs in a healthcare organization. This is a qualitative research, of a bibliographic nature, through which a bibliographic review of the last six years was carried out on scientific articles in the Google Scholar, Scielo and Virtual Health Library (VHL) databases and analyzed in the months of December 2021 and January 2022, using the descriptors: quality of health care, health management, strategic planning and work team. As a result, it is clear that excellence is fundamental for healthcare organizations, which can be supported by technology, in addition to stakeholders, multidisciplinary teams aligned to achieve the organizational mission and continuous improvement.

KEYWORDS: Quality gives health care. Health management. Strategic planning. Work team.

INTRODUÇÃO

As organizações buscam constantemente estratégias que lhes tornem mais efetivas na disponibilização de serviços de qualidade, sobretudo a segurança e satisfação dos seus clientes. O perfil organizacional vem se transformando ao longo do tempo, com a necessidade de melhorias nos processos a fim de capturar e reter clientes, inclusive as organizações de saúde se preocupam cada vez mais em satisfazer seus clientes e fornecer excelência no atendimento, onde conta com a parceria dos seus *stakeholders* para alcançar esse objetivo.

Bittar *et al.* (2018) traz que as tecnologias possibilitam benefícios para as organizações que as assessoram para sua abrangência no mercado e deixar seus clientes mais satisfeitos e contentes. Mesmo ciente da importância das tecnologias neste campo, ainda assim o contato humano prevalece, principalmente quando se fala em saúde, pois o contato humano proporciona maior satisfação, através da escuta qualificada, práticas humanizadas, atitudes e comportamentos onde confirma a missão e visão da instituição, tornando o processo mais humanizado.

Nos últimos anos o avanço da tecnologia e seus recursos permitiram uma melhor visibilidade do perfil dos clientes, através da tecnologia da informação e *softwares* que proporcionam identificar necessidades, hábitos e preferências, conduzindo as organizações, *stakeholders* e equipes a pensar e agir de forma alinhada e integrada para servir aos usuários com excelência.

Segundo Ferreira e Reis (2018) como fator predominante para o sucesso na gestão das organizações é fundamental a aplicação de princípios de gestão, ferramentas e mudança de cultura, sendo de difícil implementação, porém uma vez que ultrapassa esta barreira, torna-se mais fácil a adesão e a interiorização das práticas dos colaboradores melhorando a cultura organizacional baseada na missão e visão, assegurando os valores e princípio desejado.

Desta maneira, favorece uma infraestrutura e governança de excelência, sendo mais eficiente, eficaz e autônoma. Em busca da excelência no atendimento ao cliente em uma organização de cuidados de saúde, faz-se indispensável o uso de um conjunto de elementos: equipes equilibradas, capacitadas, assistidas e recompensadas, equipes alinhadas e integradas que falam a mesma língua utilizando a missão e visão que reafirma o compromisso da organização, cultura comum para alinhamento e integração, reforçando os valores da empresa através de uma gestão transformacional.

Como também requer uma infraestrutura de processos e regras como facilitadora de soluções para problemas complexos, infraestrutura que mantém a missão da organização alinhada com as necessidades dos *stakeholders* e a melhoria contínua através de implantação e aprimoramento de processos e com práticas baseadas em evidências.

Objetivou-se apresentar a importância da excelência no atendimento em organização de cuidado de saúde.

Para tanto, foi realizada uma pesquisa nas literaturas para dar sustentação a explanação. Neste sentido, a justificativa deste trabalho está pautada na importância da excelência no atendimento em organização de cuidado de saúde.

METODOLOGIA

O presente trabalho consiste em uma revisão bibliográfica, qualitativa, consistindo em um tipo de pesquisa que se apoia em buscar e analisar o conhecimento publicado referente à determinada temática. Para atender tal proposta, realizou-se uma pesquisa em artigos científicos nas bases de dados Google acadêmico, *Scientific Electronic Library Online* (Scielo) e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), sendo apreciados em dezembro de 2021 e janeiro de 2022, utilizando os descritores: qualidade da assistência à saúde, gestão em saúde, planejamento estratégico, equipe de trabalho.

Para a construção do mesmo foram analisados e lidos na íntegra 53 trabalhos de relevância, sendo selecionados 16 trabalhos que se aplicavam ao desenvolvimento do tema.

Foi considerado como critério de inclusão: artigos completos, em idioma português e inglês, indexados, publicados entre 2012 e 2022, além de fontes de relevância significativa como *websites* conceituados na área, páginas oficiais do governo do país e livros de referência sobre a temática, cujos objetivos viessem de encontro ao problema da pesquisa. Como critérios de exclusão, as literaturas que não contribuíssem diretamente com o objeto da pesquisa.

Para seleção do material foram analisados e selecionados os trabalhos com base nos títulos e posteriormente nos resumos, visando o entendimento sobre a importância da excelência no atendimento em organização de cuidado de saúde.

Na sequência, foi realizada a análise dos dados coletados para o desenvolvimento

do mesmo e elaboração das considerações finais acerca do estudo, estabelecendo consonância com os objetivos fundamentados (MARCONI e LAKATOS, 2017).

REFERENCIAL TEÓRICO

Aqui discorrerá as ferramentas que corroboram para a excelência em atendimento, uma vez que somando os esforços das partes interessadas internas e externas proporcionará maiores e melhores resultados.

Equipe equilibrada, capacitada, assistida e recompensada: para Ferreira e Reis (2018) deve-se formar equipes de trabalho motivadíssimas e com foco no cliente que deve ser percebido e respeitado, através de programas de capacitação e de incentivo para manter a equipe estimulada e motivada.

Nesta conjuntura Servo *et al.* (2018) ressoa em seu estudo que um dos grandes desafios das organizações é a habilidade de saber identificar, compreender e desenvolver as pessoas, mantê-las motivadas e proporcionar aos colaboradores recursos para o crescimento. Esse estudo ainda ressalta que os programas voltados para a qualidade de vida têm inúmeros benefícios tanto para as organizações, como para seus colaboradores e, que ações direcionadas à qualidade de vida e bem-estar das pessoas originam resultados positivos.

A vista disso pode-se perceber que o contato humano, o incentivo, a escuta, o reconhecimento profissional, o ambiente que proporciona bem-estar e o fato de ser percebido como pessoa e não apenas como funcionário oportuniza maior produtividade e satisfação.

Nesse sentido Ferreira e Reis (2018), "vencer a inércia é fundamental para atingir as mudanças necessárias". Dito isso, é primordial quebrar paradigmas e ter sede de conhecimento integrando-se aos demais membros da equipe e a cultura da organização, uma vez que todos ganham e tornam-se mais realizados por pertencerem a uma equipe que proporciona integração e alinhamento de ideias.

Equipes alinhadas e integradas: Bezerra e Silva (2019) destaca dificultadores como: ausência de uma infraestrutura adequada e/ ou deficiente, carência de um planejamento das ações coletivas, ausência ou falha de apoio da gestão, vulnerabilidade do processo de trabalho, inadequação e insuficiência de recursos necessários que acarreta desgaste humano, físico, mental e afetivo, ainda, esses são desafios a serem enfrentados a fim de que o trabalho em equipe seja prazeroso e exitoso.

Acredita-se que essa deficiência vem desde a formação acadêmica, portanto faz-se necessário uma mudança de cultura não só das organizações de saúde, gestores e profissionais e sim desde o princípio da formação profissional para que se entenda a importância e os benefícios quando se trabalha em equipe com alinhamento de ideias, compartilhamento de informações, trabalho uniforme e mais humanizado.

Marques *et al.* (2020) salienta que a horizontalização é um dos itens que proporciona o alinhamento e integração das equipes com parcerias e compartilhamentos de ideias, no cuidado e no atendimento, que não se determina o único dono do conhecimento e/ou verdade, mais que pode haver a troca de conhecimento e agregando valor a organização, reconstruindo saberes, onde a escuta é basilar para o processo de cuidar, ao modo de se perceberem como agentes capazes de modificar seus próprios comportamentos, atitudes e crenças.

Com essa visão as equipes tornam-se cada vez mais integradas e alinhadas, possibilitando um plano de cuidado mais eficaz, eficiente, os processos funcionantes e conseqüentemente percebem-se a importância do compartilhamento de informações, o que acarreta em gestores, colaboradores, parceiros internos e externos, paciente e comunidade mais satisfeitos gerando maior satisfação para todos os envolvidos.

Cultura comum para alinhamento e integração: Marques *et al.* (2020) aponta que fazer parte de uma equipe de saúde e desenvolver atividades coletivas é prioridade do trabalho desses profissionais, o que demanda habilidades para relacionamento interpessoal e é fundamental para a organização do processo de trabalho de forma conjunta.

Os estudos ainda trazem que as reuniões periódicas, programas de capacitação, discussão de casos entre equipes e educação permanente, procria aproximação, alinhamento do processo de trabalho, melhora o planejamento e a integração dos componentes da equipe, uma vez que há a chance de todos partilharem desafios, dificuldades, possibilidade do *debriefing* e trazer *feedbacks*.

Em vista disso Bezerra e Silva (2019) reafirma que é crucial admitir a relevância que a comunicação e as relações interpessoais para reformulação das habilidades e saberes assistenciais, que possibilita a integralidade, a democratização das relações de trabalho, as quais os profissionais se permitem perceber o trabalho do outro, que possam desenvolver relacionamento profissional de confiança, que vá além do trabalho e da articulação de ações.

Nesta visão fazem-se necessárias equipes multiprofissionais e interdisciplinares desenvolvendo trabalhos horizontalizados com troca de informações, conhecimentos e saberes, para tanto, vai além do querer particular, precisa-se da presença dos gestores e líderes para que possa se concretizar essa cultura.

Infraestrutura de processos e regras como facilitadora de soluções para problemas complexos: sabendo da complexidade crescente dos serviços de saúde e das diversas necessidades dos usuários torna-se primordial constituir equipes multiprofissionais sólidas, alinhadas, integradas e dimensionadas conforme demanda, com ações interligadas, compartilhadas, efetivas e que gerem satisfação e confiança do paciente e comunidade.

Machado *et al.* (2021) versa que nos casos de maior complexidade necessita-se de uma articulação entre as equipes com demais serviços, pois nesses casos se fazem necessárias ferramentas que apoiam e norteiam a prática clínica como projeto terapêutico

singular, protocolos clínicos, discussão de casos, cuidado compartilhado e indicadores para mensurar a qualidade dos serviços.

É de notoriedade que ao longo dos anos o cenário saúde vem transformando-se devido a necessidade de atender a complexidade dos casos clínicos e em consequência a complexidade dos tratamentos. Várias políticas, programas, métodos e ferramentas são criados e implementados para corroborar de forma mais assertiva a necessidade e demanda de cada paciente com melhorias contínuas no serviço de saúde.

Com vista neste cenário Hirdes (2015) salienta que é vital a transformação de cultura, reafirmando que o compartilhamento de idéias entre as equipes é fundamental para a efetivação da proposta do serviço de saúde, ressaltando a importância do agir interprofissional para melhor e maior resolutividade de casos complexos, através da longitudinalidade do cuidado, para que se cumpra o princípio da organização e a necessidades dos pacientes.

Para o Ministério da Saúde (2016, p. 8-9) a interoperabilidade dos sistemas de informação em saúde visa a qualidade dos serviços, fortalecimento da cobertura de benefícios da comunidade, uma vez que os sistemas informatizados e inter-relacionados reúnem, processam, arquivam e difundem informações para deliberações, tomada de medidas no plano estratégico e operacional, visto a diversidade de organizações, profissionais e dos processos envolvidos nos procedimentos técnicos e administrativos que integram as equipes com a coordenação do cuidado nos atendimentos. Para tanto se deve estabelecer uma infraestrutura de conectividade entre os sistemas de saúde, instalar e determinar regras e definir padrões para o compartilhamento de dados, visando a segurança das informações.

Nesse contexto, para Bittar *et al.* (2018), a infraestrutura propicia suporte para o funcionamento das áreas fins e não fica em contato direto com os pacientes. Requer informatização, automação e otimização de pessoal e custos.

Desta forma, a infraestrutura de processos corrobora para soluções de problemas complexos e o setor de tecnologia da informação precisa trabalhar alinhado com os diversos gestores da organização para que o sistema seja integrado, interativo visando a melhoria dos processos, facilidade de acesso e de navegação para as partes, gerenciamento dos dados/informações para que seja efetivo e eficaz.

Infraestrutura que mantém a missão da organização alinhada com as necessidades dos *stakeholders*: segundo Lara *et al.* (2021) os *stakeholders* são partes interessadas e qualquer indivíduo ou grupo que pode interferir na obtenção dos objetivos organizacional ou ser influenciado no decorrer do processo para alcançar esses objetivos. Sendo assim uma boa relação, bem-estar e satisfação no trabalho só aumentam os benefícios e a qualidade dos serviços e atendimentos de saúde proporcionados.

Rocha *et al.* (2012) explicita que as organizações busca ofertar serviços de excelência onde requerem uma infraestrutura atualizada e alinhada com a missão da organização,

funcionante, eficiente, profissionais capacitados, práticas baseadas em evidências, pensamento crítico e reflexivo, com participação ativa dos *stakeholders*, equipes que atuem em conjunto em prol de cumprir a missão da organização.

As organizações objetivando assegurar a missão, buscam implantar e fazer funcionar a infraestrutura e a gestão do conhecimento que dá suporte a todo o processo em diversas áreas e a era tecnológica em que se vive hoje reforça essa necessidade, uma vez que as pessoas estão mais informadas em virtude da globalização e ao acesso à *Internet*, tornando-os mais exigentes.

Nessa perspectiva, para Carvalho e Rabechini (2017), os *stakeholders* cada dia ganham mais notoriedade nas organizações de saúde, tornando-se uma presença crescente e atuante. A presença dos *stakeholders* em uma organização de saúde propicia ver ao longe quais suas expectativas sobre o trabalho que estar sendo desenvolvido durante o andamento das atividades.

Observa-se que para os *stakeholders* (colaboradores internos e externos) possuir competências individuais e coletivas que possibilitem um trabalho transformador, de qualidade, alinhados e integrados, necessita que a organização tenha políticas e gestão voltada para melhoria contínua, compromisso e parceria visando manter a missão da organização. Nesse sentido foi evidenciado que há uma influência recíproca entre as organizações e os seus *stakeholders*, o que define o insucesso ou sucesso e a qualidade da organização.

Processos de melhoria contínua: na visão de Jurburg *et al.* (2017) a melhoria contínua é um dos caminhos mais eleito a ser percorrido para chegar a excelência dos processos almejados nas organizações. Assim, qualquer organização ao aspirar chegar a níveis mais elevados de qualidade, otimização de custo, produtividade e redução de danos à saúde, carece do auxílio de seu maior e mais valioso bem – as pessoas que compõem a organização – desse modo, é fundamental incluí-las na cultura da melhoria contínua.

Nessa perspectiva foi ressaltada a dificuldade de implementar e assegurar um sistema de melhoria contínua, sobretudo por causa das barreiras encontradas ao incluir as pessoas nessa missão. Portanto, os estudos também destacam que a valorização das pessoas para que se implante uma cultura de melhoria e excelência no atendimento é necessária.

Para Gozzi (2015) maior qualidade no atendimento e melhoria contínua julga-se que tudo ainda é passivo de melhorias, sendo determinada por uma busca incessante e constante de melhorias nos processos e em todo e qualquer que possa ser empregado. E para Neto *et al.* (2021) melhoria contínua vem do termo Kaizen, uma filosofia que se transformou em metodologia, que hoje é usado para alcançar a melhoria contínua em processos de trabalho em áreas distintas.

Já Cruz *et al.* (2017) traz a análise de SWOT (Strengths, Weaknesses, Opportunities e Threat) que significa respectivamente forças, fragilidades, oportunidades e ameaças,

auxilia no planejamento estratégico, que pode ser aplicado em resolução de problemas, otimização de recursos e processos. A análise de SWOT consiste em explicitar para a organização suas forças, fragilidades, oportunidades e ameaças que podem estar presente e que possam surgir com o tempo, ou seja, é um processo dinâmico.

Podem utilizar-se diversas ferramentas e metodologias para melhorias de processos e melhores resultados, como planejamento (estratégico, tático e operacional) que possibilita visibilidade dos processos e além do kaizen tem a análise de SWOT, ciclo de PDCA, protocolos, indicadores, cultura de comunicação efetiva, práticas baseadas em evidências e programas de educação permanente.

Para Longaray *et al.* (2017) o ciclo PDCA vem do inglês (*Plan, Do, Check, Action*) que significa planejar, executar, controlar e atuar/agir, é uma ferramenta dinâmica que contribui em diversos setores de uma organização que tem como objetivo a consecução e a continuidade da melhoria dos processos e para controle de qualidade e gestão das ações e para tanto se faz necessário conhecimentos sobre onde a organização está e aonde pretende chegar.

Foi observado que nas organizações de saúde seja no campo assistencial, administrativo ou áreas afins, essas ferramentas são utilizadas mesmo que inconscientemente, uma vez que atua em um mercado competitivo e globalizado visando previsão, provisão, melhorias de processos e melhorias continua ou mesmo na prática do cuidado a saúde ao planejar, executar, controlar e atuar/agir.

Logo, gestores e líderes devem perceber as particularidades e necessidade de seus colaboradores e de cada setor, assim como exigência organizacional para execução dos seus serviços em consonância com a missão da organização. É de extrema relevância identificar potenciais entre os colaboradores e desenvolver habilidades através de capacitações e incentivo de busca de conhecimento, visto que o conhecimento leva ao profissional a autorreflexão, autoconsciência obtendo um cuidar com mais qualidade, menos riscos à saúde do paciente e dos profissionais, assim como otimização de recursos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do exposto conclui-se que para excelência no atendimento nas organizações de saúde precisa seguir sua missão, visão e respeitando seus valores, além da presença de *stakeholders*, equipe multiprofissional qualificada e integrada, utilizando uma infraestrutura compatível com o serviço da organização. É indispensável o pensamento inovador, a cultura de comunicação que permita que cada profissional se sinta parte de um bem maior, e que trabalhe em conjunto com um propósito comum, resultados, excelência e concretização da missão.

REFERÊNCIAS

BEZERRA, R. K. C.; SILVA, A. M. C. V. A importância do trabalho da equipe multiprofissional na estratégia saúde da família e seus principais desafios. *Rev. Expr. Catól. Saúde*; v. 4, n.2, 2019.

BITTAR, O. J. *et al.* Sistemas de informação em saúde e sua complexidade. *Rev. Adm. Saúde*, v. 18, n. 70, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva Departamento de Monitoramento e Avaliação do SUS. Política nacional de informação e informática em saúde, p 8-9, 2016. Brasília-DF. Disponível em: <<http://editora.saude.gov.br>>. Acesso em: 22 dez. 2021.

CARVALHO, M.M; RABECHINI JUNIOR, R. Fundamentos em Gestão de Projetos. São Paulo. Atlas, 2017.

CRUZ, D. M. B. *et al.* Aplicação do planejamento estratégico a partir da análise SWOT: um estudo numa empresa de tecnologia da informação. Anais do IX Simpósio de Engenharia de Produção de Sergipe, 2017.

FERREIRA, L. M. F.; REIS, M. R.; Princípios Disney de excelência na qualidade de atendimento ao cliente aplicáveis o ambiente hospitalar. *Rev. Inspirar Gestão & Desenvolvimento*, v. 2, n. 1, 2017.

GOZZI, M. P. Gestão da qualidade em bens e serviços. São Paulo: Person, 2015.

HIRDES, A. A. Perspectiva dos profissionais da atenção primária à saúde sobre o apoio matricial em saúde mental. *Ciênc. Saúde Colet*; v. 20, n. 2, p. 371-382, 2015.

JURBURG, D. *et al.* What motivates employees to participate in continuous improvement activities? *Total Quality Management and Business Excellence*, v. 28, n.13-14, p.1469-1488, 2017.

LARA, J. E. *et al.* Cenário institucional na perspectiva de *Stakeholders*: analisando a APAE Sete Lagoas. *IPTEC - Revista Inovação, Projetos e Tecnologias*, v. 8, n. 2, p. 255-269, 2020.

LONGARAY, A. A. *et al.* Proposta de aplicação do ciclo pdca para melhoria contínua do sistema de confinamento bovino: um estudo de caso. *Revista Eletrônica Sistemas & Gestão*, v. 12, n. 3, p. 353-361, 2017.

MACHADO, M. F. A. S. *et al.* Trabalho em equipes multiprofissionais na atenção primária no Ceará: porosidade entre avanços e desafios. *Saúde em Debate*, [S. l.], v. 45, n. 131, p. 987-997, 2021. Disponível em: <https://www.saudeemdebate.org.br/sed/article/view/5186>. Acesso em: 26 dez. 2021.

MARCONI, M. A.; LAKATOS E. M. Fundamentos de Metodologia Científica. São Paulo: Atlas, 2017.

MARQUES, R. J. R. *et al.* Análise do trabalho em equipe multiprofissional para ações de alimentação e nutrição na atenção básica. *Trab. Educ. Saúde*, v. 18, n. 1, 2020.

NETO, A. M. *et al.* Estudo do kaizen: o método de melhoria contínua em diferentes áreas de aplicação. *Revista Ciências exatas e tecnológicas*, v. 7, n. 1, p. 53-59, 2021.

ROCHA, E. S. B. *et al.* Gestão do conhecimento na saúde: revisão sistemática de literatura. Rev. Latino-Am. Enfermagem, [S. l.], v. 20, n. 2, p. 392-400, 2012. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rlae/article/view/48520>. Acesso em: 26 dez. 2021.

SEVERO, E. A. *et al.* Práticas de inovação aberta em programas de qualidade de vida: um caso em instituição de ensino superior no norte do Rio Grande do Sul. Revista Metropolitana de Governança Corporativa, v. 3, n. 2, p. 37-53, 2018.

VALIDAÇÃO DE TECNOLOGIA EDUCACIONAL SOBRE SÍFILIS: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

Data de submissão: 02/10/2023

Data de aceite: 01/11/2023

Ticianne Alcântara de Oliveira Fernandes

Universidade Federal do Pará, Programa
de Pós Graduação em Enfermagem.
Castanhal-PA
<http://lattes.cnpq.br/6657069975270447>

Jessé Jerônimo Fernandes e Silva

Universidade Federal do Pará, Programa
de Pós Graduação em Assistência
Farmacêutica.
Castanhal-PA
<http://lattes.cnpq.br/7545756531133935>

Pedro Paulo Santos Nunes

Universidade Federal do Pará, Programa
de Pós Graduação em Enfermagem.
Belém-PA
<http://lattes.cnpq.br/5135457251900410>

Milena Silva Simas

Universidade Federal do Pará, Programa
de Pós Graduação em Enfermagem.
Belém-PA
<http://lattes.cnpq.br/9874076964163129>

Glória Letícia Gonçalves Lima

Universidade Federal do Pará, Programa
de Pós Graduação em Enfermagem.
Belém-PA
<http://lattes.cnpq.br/0865204583811346>

Cintia Yolette Urbano Pauxis Aben- Athar

Universidade Federal do Pará, Programa
de Pós Graduação em Enfermagem.
Belém-PA
<http://lattes.cnpq.br/8844398079793605>

RESUMO: Objetivo: identificar tecnologias educacionais que estejam direcionadas à construção de conhecimento sobre a sífilis.

Método: trata-se de uma revisão integrativa da literatura. As produções foram coletadas nas bases: Scielo, Cochrane, Lilacs e MEDLINE/PubMed, a amostra final foi composta por 06 artigos, utilizando como recorte temporal o período de 2011 a 2017, nos idiomas português, inglês, espanhol selecionadas a partir dos descritores: Software AND Validação de Programas de Computador AND Saúde OR Educação. Ao final, procedeu-se à análise de nove artigos. **Resultados:** a pesquisa confirmou as evidências científicas analisadas, constatou a importância da validação de novas tecnologias por meio de instrumentos seguros e confiáveis. **Conclusão:** a utilização das tecnologias favorece o processo de ensino-aprendizagem dos enfermeiros, que podem ter acesso a

informações de maneira eficaz, rápida e segura, além de permitir o monitoramento dos problemas do paciente.

PALAVRAS-CHAVE: Tecnologia educacional; Estudo de validação; Sífilis; Promoção da saúde.

VALIDATION OF EDUCATIONAL TECHNOLOGY ON SYPHILIS: INTEGRATIVE LITERATURE REVIEW

ABSTRACT: Objective: to identify educational technologies that are aimed at building knowledge about syphilis. **Method:** this is an integrative review of the literature. The productions were collected in the following databases: Scielo, Cochrane, Lilacs and MEDLINE/PubMed, the final sample was composed of 06 articles, using the period from 2011 to 2017 as a time frame, in Portuguese, English and Spanish selected based on the descriptors: Software AND Validation of Computer Programs AND Health OR Education. In the end, nine articles were analyzed. **Results:** the research confirmed the scientific evidence analyzed and confirmed the importance of validating new technologies through safe and reliable instruments. **Conclusion:** the use of technologies favors the teaching-learning process of nurses, who can access information in an effective, quick and safe way, in addition to allowing the monitoring of patient problems.

KEYWORDS: Educational technology; Validation study; Syphilis; Health promotion.

INTRODUÇÃO

A sífilis é uma Infecção Sexualmente Transmissível (IST), considerada um problema de saúde pública por ter afecção de magnitude global (BRASIL, 2021). Trata-se de uma doença infecciosa sistêmica com evolução crônica. O agente etiológico da sífilis foi descoberto há 100 anos por Fritz Schaudinn, que em conjunto com Paul Hoffmann, denominaram este microorganismo de *Treponema pallidum* (SOUZA, 2005). Sua transmissão é predominantemente sexual, podendo ocorrer também por via transplacentária (OLIVEIRA, 2018).

Em 2016 na Assembleia Mundial de Saúde foi proposta a estratégia de 2016-2021 do setor global de saúde para as IST's, entre suas metas está a proposta de redução de casos de sífilis e eliminação da sífilis congênita até 2030 (BRASIL, 2021). Embora haja falhas na notificação da sífilis, seus registros demonstram alta prevalência desta patologia no território brasileiro (BRASIL, 2020), com ascendente prevalência na região norte do país (BRASIL, 2016).

Nos últimos 10 anos foi perceptível a elevação de notificações de casos de sífilis, mantendo a taxa sempre mais elevada no gênero feminino. Configurando um padrão expressivo do perfil da população com esta patologia, caracterizando-o com maior frequência em mulheres (58,9%), com 20 a 29 anos (28,0%), pardas (39,4%), que possuíam pelo menos o ensino médio completo (25,4%), (BRASIL, 2020).

É preocupante ainda a situação de determinados grupos vulneráveis para as IST's,

que têm contatos esporádicos com os serviços de saúde e dificilmente retornam para o resultado de seus exames laboratoriais e, com isso, perdem ou atrasam a oportunidade do tratamento (BENZAKEN, 2009).

O tratamento da sífilis e está disponível gratuitamente no Brasil pelo Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2017)⁷. Porém, para se obter resultados mais efetivos, é necessário que as medidas de enfrentamento desta doença estejam vinculadas às estratégias educacionais, para suprir lacunas como o déficit de conhecimento por uma parcela da população sobre este agravo (FERNANDES, 2000; LIMA, 2019).

Neste contexto, o profissional de enfermagem tem papel fundamental na prestação de cuidados, e pode utilizar-se de orientações verbais, assim como, de material educativo para auxiliar no esclarecimento e reforçar esse direcionamento. Logo, é necessário utilizar uma tecnologia educacional (TE), que corresponda a estes anseios (BROCA, 2014; BARBOSA, 2010). Diante do exposto, objetivou-se construir uma revisão integrativa da literatura (RIL), buscando identificar tecnologias educacionais que estejam direcionadas à construção de conhecimento sobre a sífilis.

METODOLOGIA

Elaborou-se uma revisão integrativa da literatura, fundamentada na pesquisa bibliográfica exploratória do tipo qualitativo. A questão de pesquisa foi elaborada de acordo com o mnemônico PICO (Paciente, Intervenção, Comparação e “Outcomes”, desfecho). Considerou-se, assim, a seguinte estrutura: P - mulheres com sífilis; I - utilização de tecnologia educacional sobre sífilis; C - qual tecnologia educacional é adequada, viável e aceita pelo público feminino, O - melhorar o conhecimento acerca da sífilis. Dessa forma, elaborou-se a seguinte questão: A tecnologia educacional é eficaz para construir conhecimento sobre sífilis para mulheres?

Para as bases de dados foram selecionados os seguintes Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): “Tecnologia educacional”, “Avaliação de Tecnologia em saúde”, “Desenvolvimento” e “Sífilis”. Os descritores foram combinados com o operador booleano “AND” de “OR” dentro de cada base de dados. O levantamento bibliográfico foi realizado no período de abril a maio de 2022, utilizando artigos indexados nas seguintes bases de dados: Scientific Eletronic Library Online (SciELO), Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Cochrane Central Register of Controlled Trials (CENTRAL) e Base de dados em Enfermagem (BDENF).

Os critérios de inclusão são: artigos científicos, disponíveis em formato integral, gratuito, publicados no período de 2017 a 2022, no idioma português. Para a seleção dos artigos, cumpriram-se as recomendações do *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* – PRISMA. A figura 01 esboça o fluxograma do processo de

seleção dos estudos dessa RIL.

O método de seleção dos artigos ocorreu seguindo as etapas: 1 - Identificação, 2 - Seleção, 3 - Elegibilidade e 4 - Inclusão. A partir da busca nas bases de dados supracitadas, com a utilização dos descritores informados foram identificados 28 artigos. Sendo selecionados 04 no Scielo, 11 na Cochrane, 512 no Lilacs, 0 no MEDLINE/PubMed.

Na segunda etapa foram excluídos 02 artigos duplicados e, posteriormente, 13 artigos a partir da leitura do título e resumo. Na terceira etapa foram analisados 13 artigos na íntegra, sendo excluídos 07, pois, não responderam à questão norteadora e não atendiam ao objetivo do estudo. A amostra final foi composta por 06 artigos disponíveis nas seguintes bases de dados: Scielo, Cochrane, Lilacs e MEDLINE/PubMed.

RESULTADOS

Foram selecionados 06 artigos após a realização desta revisão integrativa da literature (Quadro 1), e nestes foi possível notar que houve pluralidade na escolha e validação de tecnologias educacionais que foram utilizadas para abordar o tema sífilis. Dentre os quais, 5 tiveram notável eficácia dos resultados propostos para seus objetivos, bem como, para as comunidades as quais se destinaram.

No quadro 2 abaixo, foram apresentadas as tecnologias educacionais utilizadas para abordar sobre o tema sífilis, descritas nos artigos selecionados na RIL.

Quanto às evidências, dos 06 artigos selecionados nesta RIL emergiram duas categorias: a primeira intitulada “A importância de validar a tecnologia educacional” e, a segunda, denominada “Os tipos de tecnologias educacionais válidas para abordar o tema sífilis”.

Categoria I: A importância de validar a tecnologia educacional

A utilização das tecnologias educacionais, em saúde tem excelente aplicabilidade e eficácia em seus resultados, para os quais sua construção foi proposta. No entanto, esse processo não deve ser feito de forma aleatória. Para isso se propõe, após a construção da tecnologia educacional, validar/avaliar seu conteúdo, usabilidade, ludicidade ou interatividade junto a um comitê de juízes especialistas e/ou com o público alvo conforme a proposta da pesquisa (TEIXEIRA, 2021; NIETSHE et al., 2016).

O processo de validação/avaliação confere a mesma o teor de valor científico, com segurança e uniformização quanto ao conteúdo disponibilizado, essa padronização assegura que a TE esteja adequada ao público ao qual se destina, bem como, atinja os objetivos propostos (NIETSHE et al., 2016; TEIXEIRA, 2011). Esta validação não ocorre de maneira eventual, mas segue o rigor metodológico de instrumentos e testes que atribuirão o valor ou qualificação necessários ao construto (NIETSHE et al., 2016; TEIXEIRA, 2011;

CRUZ et al., 2016).

As principais validações que ocorrem nas TE's estão preocupadas em validar seu conteúdo e/ou semântica. O primeiro, com ocorrência intimamente relacionada às formas de concordância ou consenso. Tais validações preocupam-se com 3 dimensões, são elas: Dimensão didático-ilustrativa ou de comunicação-interface, dimensão técnico-científica e dimensão semântica ou de aparência (TEIXEIRA, 2021; TEIXEIRA 2011).

Logo, a validade verifica se o instrumento mede exatamente o que se propõe a medir, ou seja, verifica a capacidade de um instrumento medir com precisão o fenômeno a ser estudado. Ao final do processo, o produto pode ser considerado válido quando o ele consegue avaliar realmente o objetivo para o qual foi proposto (NIETSHE et al., 2016; Teixeira, 2011).

Categoria II: Os tipos de tecnologias educacionais válidas para abordar o tema sífilis

Os serviços de saúde têm empregado TE's em seu processo de cuidar, o que é constantemente visível na atuação de profissionais da enfermagem. Os principais construtos tecnológicos utilizados têm origem em materiais impressos, softwares ou aplicativos, vídeos, entre outros. Afinal, estes citados tem ampla aceitação, praticidade de uso, facilidade de acesso e ludicidade, o que garante maior aproximação com a realidade e interação pelos usuários dos serviços de saúde (BARBOSA, et al., 2010; NIETSHE, et al., 2017; SILVA, et al., 2017).

Realça a atenção às TE's impressas. Em dado momento histórico, pode ser observado através de uma pesquisa bibliométrica realizada no período de 2006 a 2018 com periódicos brasileiros, que os artefatos tecnológicos impressos tem excelente aceitação em detrimento a outros tipos já produzidos, até mesmo aqueles mais atuais como aplicativos movies (CASSIANO, et al., 2020). Permitindo compreender a aplicabilidade e eficácia, persistindo como uma das experiências mais perenes das quais se podem desfrutar na comunicação (ASSREUY, 2020).

A elaboração do material impresso é precedida de algumas etapas como, por exemplo, a identificação do público-alvo, adequando a mensagem e identificando o canal pelo qual se pretende emitir. Buscando compreender características demográficas, culturais, padrões comportamentais e status de saúde (CASSIANO, et al., 2020).

Nº do artigo	Título	Revista	Autores
01	Qualidade de aplicativos móveis sobre prevenção e controle da sífilis	Esc. Anna. Nery	MACIEL, N. S., et al., 2022
02	Desenvolvimento de chatbot para adolescentes sobre infecções sexualmente transmissíveis.	Enfermagem em Foco	MENDONÇA, V. M. et al., 2021.
03	Validação de um instrumento para controle de cura sífilítica em puérperas e recém-nascidos.	Enfermagem em Foco	MARTINS, M. V., LOBATO, D. C., 2021.
04	Produção e validação de tecnologia educacional sobre cuidados de enfermagem para prevenção da sífilis.	Revista Brasileira de Enfermagem	SILVA, P. G. et al., 2021
05	Construção e validação de uma tecnologia educacional para prevenção da sífilis congênita	Acta Paul Enferm	COSTA, C. C., et al. 2020.
06	Desenvolvimento e avaliação de um aplicativo para o controle da sífilis em gestantes	Revista Brasileira de Enfermagem	SALES, R. O., 2019.

Quadro 1: Títulos, revistas e autores dos artigos selecionados na RIL.

Fonte: Autora, 2023.

Autor/Ano	Objetivo/Método	Principais Resultados	Conclusões
MACIEL, N. S., et al., 2022.	Objetivo: Avaliar a qualidade dos aplicativos móveis sobre prevenção e controle da sífilis. Método: Estudo descritivo e avaliativo, operacionalizado por meio da busca de aplicativos para dispositivos móveis nos principais ambientes virtuais.	Dez aplicativos foram incluídos, todos disponíveis gratuitamente somente para o sistema operacional Android. A média geral dos aplicativos foi de 2,8, não atingindo a pontuação mínima de aceitabilidade de 3,0. O engajamento dos aplicativos foi avaliado com média 2,2, funcionalidade com 3,7, estética com 2,8 e as informações contidas nos aplicativos com média 2,6.	Evidenciou-se que a qualidade dos aplicativos sobre sífilis deve ser melhorada. Urge a necessidade de avaliação da eficácia dessas intervenções para prevenção e controle da sífilis.
MENDONÇA, et al., 2021.	Objetivo: Desenvolver um chatbot para adolescentes sobre infecções sexualmente transmissíveis. Método: Trata-se de um estudo de desenvolvimento, que utilizou a ferramenta Manychat, para entregar mensagens de forma automatizada, por meio de uma Fanpage no Facebook®.	A tecnologia desenvolvida, para promover saúde sexual e prevenir IST em adolescentes, foi denominada “Chatbot Val” e utiliza o nome de usuário do Facebook®, para tornar a conversação mais pessoal. As boas vindas são dadas após o usuário selecionar a opção “começar” ou escrever algumas das palavras-chaves. O usuário pode acessar o menu com informações sobre HIV, sífilis, HPV, cancro mole, tricomoníase, clamídia e gonorreia.	O Chatbot Val buscou disponibilizar orientações adequadas sobre infecções sexualmente transmissíveis para adolescentes em qualquer local e hora, com percepção de confidencialidade e por meio de simulador de conversação, sendo uma tecnologia educativa de amplo alcance.

<p>MARTINS MV, LOBATO, D. C. 2021.</p>	<p>Objetivo: Validar um instrumento para controle de cura sífilítica em puérperas e seus RN, após alta da maternidade.</p> <p>Método: Trata-se um estudo que seguiu o método Design Science.</p>	<p>Participaram da avaliação 5 juizes especialistas. Todos os itens foram considerados relevantes ($IVC \geq 0,80$), gerando, para o instrumento como um todo, um $IVC = 1$.</p>	<p>O instrumento foi validado, apresentando confiabilidade de implementação. A tecnologia será capaz de auxiliar profissionais da atenção primária a conduzir o controle de cura sífilítica de RN.</p>
<p>SILVA, P. G., et al., 2021</p>	<p>Objetivo: Validar roteiro e storyboard de um vídeo para intervenção educativa sobre assistência de enfermagem visando à prevenção e manejo da sífilis.</p> <p>Método: Estudo de delineamento metodológico, com abordagem de análise quantitativa, com validação de conteúdo e aparência do roteiro e storyboard do vídeo educativo por um comitê de especialistas.</p>	<p>O grau de concordância entre os juizes especialistas na temática obteve um Índice de Validade de Conteúdo (IVC) de 100%, enquanto, com os técnicos especialistas em vídeo, todos os quesitos do material educativo obtiveram o percentual acima do mínimo recomendado de 78%.</p>	<p>O vídeo validado constitui-se em uma importante produção tecnológica e poderá ser utilizado no contexto da assistência à saúde.</p>
<p>COSTA, C. C., et al. 2020.</p>	<p>Objetivo: Construir e validar a cartilha educativa.</p> <p>Método: Pesquisa metodológica, associada a um estudo quase experimental, conduzida de acordo com as seguintes fases: elaboração da cartilha educativa; validação de aparência e conteúdo com 22 juizes e 11 mulheres com diagnóstico de sífilis na gestação; e a avaliação dos efeitos no Conhecimento, Atitude e Prática de 41 gestantes antes e após a leitura da cartilha educativa durante.</p>	<p>Validou-se a cartilha quanto à aparência e conteúdo, com o Índice de Validade de Conteúdo (IVC) Global de 0,96, Alfa de Cronbach total de 0,955 e validação dos juizes pelo Suitability Assessment of Materials considerada "superior". Quanto à validação pelo público-alvo, obteve 100% de concordância e um IVC global de 1,00.</p>	<p>O material construído é confiável e validado por especialistas e pelo público-alvo, como também eficaz para promover a melhoria do CAP das gestantes visando à prevenção da transmissão vertical da sífilis.</p>

<p>SALES, R. O., 2019.</p>	<p>Objetivo: Desenvolver e avaliar um aplicativo para o controle da sífilis em gestantes. Método: Pesquisa metodológica desenvolvida. Participaram do teste de usabilidade: oito usuários e da avaliação cinco médicas e cinco enfermeiras que atuavam no pré-natal.</p>	<p>O aplicativo contém vídeo informativo, informações sobre a doença, mapa dos postos de saúde, função de agenda e notificação anônima. A avaliação do objetivo, função e relevância foi considerada adequada com valor superior a 0,80 em todos os itens do Índice de Validação de Conteúdo.</p>	<p>O aplicativo facilita a rotina dos serviços de saúde no contexto de promoção da saúde, na convocação e tratamento de gestantes e seus parceiros.</p>
----------------------------	--	---	---

Quadro 2: Apresenta as tecnologias educacionais utilizadas para abordar sobre a sífilis, descritas nos 6 artigos selecionados na RIL.

Fonte: Autora, 2023.

DISCUSSÃO

Há uma gama de finalidades para as quais se produz uma tecnologia, e uma delas é a finalidade educacional. Este recurso tem atraído olhares não só daqueles que trabalham diretamente com educação, mas, também de profissionais da área da saúde. E para que estes instrumentos sejam utilizados e alcancem a função para a qual foram elaborados, torna-se necessária que haja validação dos mesmos (NIETSHE, et al., 2017; SALES, R. O., 2019; COSTA, C. C., et al. 2020; SILVA, P. G. et al., 2021).

A construção de materiais educativos é pertinente em abordagens relacionadas a várias temáticas do ensino, em ciências e/ou em saúde e ambiente, principalmente no que concerne às etapas de seu desenvolvimento e o processo participativo que as definem. Mas, vale lembrar que durante o processo de construção das TE's, de modo geral, é necessário observar se estas são legíveis, de fácil compreensão e adequada à cultura do público a quem se destina (CRUZ, et al., 2016; PAIVA, et al., 2017).

A tecnologia cuidativo-educacional é uma excelente ferramenta/produto na práxis de cuidado da enfermagem. A utilização de tecnologias educacionais no processo saúde-doença da sífilis facilita o processo de cuidado, pois, promove educação em saúde, favorecendo a compreensão da magnitude desta patologia, permite maior adesão ao tratamento e gera autonomia e responsabilidade pessoal (MACIEL, N. S., et al., 2022; MARTINS, M. V., LOBATO, D. C., 2021; SILVA, P. G. et al., 2021; COSTA, C. C., et al. 2020; SALES, R. O., 2019; ALBUQUERQUE, et al., 2022).

Dentre as tecnologias mencionadas nesta RIL, o material impresso representado pela cartilha chamou atenção (COSTA, C. C., et al. 2020), pois, é este instrumento que assume a função de facilitador do processo educativo, que possibilita a leitura quantas vezes for necessária ao destinatário, respeitando o tempo individual de assimilação do conteúdo, além da comodidade de poder escolher o momento mais oportuno para sua leitura (BARBOSA, et al., 2010; CASSIANO, et al., 2020).

Por este motivo, validar a TE com o público-alvo possibilita identificar diretamente algumas lacunas em saúde que podem ser preenchidas pela tecnologia educacional (TEIXEIRA, 2021; NIETSHE, et al., 2017). O que facilita o processo de educação em saúde como estratégia de promoção à saúde. Permitindo assim desenvolver a autoeficácia do receptor da mensagem da TE (LOVISI DE FREITAS, et al., 2010), permitindo assim, que o próprio usuário tenha pensamento crítico e torne-se um disseminador em potencial de informações e cuidados.

CONCLUSÃO

Observou-se a escassez de produção científica relacionada ao tema proposto que pudesse atender com maior rigor e robustez à questão norteadora da RIL. Apontando assim para a necessidade pertinente de maior produção de literatura e tecnologias educacionais que abordem o tema das infecções sexualmente transmissíveis, em especial a sífilis.

As tecnologias educacionais podem ser usadas por profissionais de saúde para a promoção de cuidados em relação à sífilis, desde que passem pelo processo de validação. É importante mencionar que este material necessita ser acessível gratuito e compreensível.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, N. L. N, et al. **Tecnologias Educacionais Digitais para abordagem da Sífilis e instrumentalização de profissionais de saúde**. Diversitas Journal. Santana do Ipanema/AL. v.7 n. 1, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.48017/dj.v7i1.2042>. Acesso em 20 de setembro de 2023.

ASSREUY Gabriela Lyrio. **As pertinências do livro impresso na atualidade**. Faculdade de Belas Artes. Universidade do Porto. Porto: 2020.

BARBOSA, L. I. et al. **Caracterização das práticas de educação em saúde desenvolvidas por enfermeiros em um município do centro-oeste mineiro**. Rev. Min. Enferm. 14(2): 195-203, abr./jun., 2010.

BENZAEN Adele Schwartz. **Deteção de Sífilis Adquirida em Comunidades de difícil acesso da região Amazônica: desafio a ser superado com a utilização dos testes rápidos**. Manaus: Fiocruz/ Escola Nacional de Saúde Pública, 2009, ed. 22, p. 113.

BRASIL, Biblioteca Virtual em Saúde. **Atenção Primária em Saúde Como interpretar os testes laboratoriais e prescrever o tratamento para sífilis?** Núcleo de Telessaúde Santa Catarina: BVS, 2017.

BRASIL, Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Casos de sífilis estão subnotificados devido à baixa testagem no período da pandemia**. RN: 2020.

BRASIL Ministério da saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Departamento passa a utilizar nomenclatura “IST” no lugar de “DST”. DF: 2016.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico de Sífilis**, 2021. Número Especial, Ano V – nº 01. ISSN: 2358-9450.

BROCA, P.V., FERREIRA, M. A. **A equipe de enfermagem e a comunicação não verbal**. Rev Min Enferm. 2014 jul/set; 18(3): 697-702. Disponível em: <http://www.revenf.bvs.br/pdf/reme/v18n3/v18n3a14.pdf>. Acesso em 19 de setembro de 2023.

CASSIANO, A. et al. **Validação de tecnologias educacionais: estudo bibliométrico em teses e dissertações de Enfermagem**. Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro, 2020;10:e3900. Disponível em: <https://doi.org/10.19175/recom.v10i0.3900>. Acesso em 19 de setembro de 2023.

CRUZ, F.O.A.M., et al., **Validação de manual educativo para pacientes com câncer de cabeça e pescoço submetidos à radioterapia**. Rev Latino-Am Enfermagem. 2016; 24: e 2706. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.0949.2706>. Acesso em 19 de setembro de 2023.

FERNANDES, M. A. S, ANTONIO, D. G., CUPERTINO, C. V. **Conhecimento, atitudes e práticas de mulheres brasileiras atendidas pela rede básica de saúde com relação às doenças de transmissão sexual**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 16(Sup. 1): p. 103-112, 2000. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2000000700009>. Acesso em 25 de setembro de 2023.

LIMA, L. E, XAVIER, A. M. H., ALMADA, C. B. **Conhecimento das gestantes com sífilis sobre a doença e perfil sociodemográfico em uma UBS e Hospital Maternidade da zona norte de São Paulo**. J Health Sci Inst. 2019; 37(3): 218-223. 2019. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/12/1140638/tcr-lorrany-lima.pdf>. Acesso em 25 de setembro de 2023.

LOVISI DE FREITAS, Márcia de Fátima Rabello; DIAS, Jaqueline Pereira. **Teoria Social Cognitiva: conceitos básicos**. Ciênc. cogn., Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 204-205, dez. 2010. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-58212010000300017&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 02 de outubro de 2023.

MACIEL, N. S. et al., **Qualidade de aplicativos móveis sobre prevenção e controle da sífilis**. Escola Anna Nery, v. 26, p. e20210139, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2021-0139>. Acesso em 25 de setembro de 2023.

MANOEL Vitor Martins Marinho, DIANA Costa Lobato. **Validação de um instrumento para controle de cura sífilítica em puérperas e recém-nascidos**. Revista Enfermagem em Foco, v. 12, n. 6. Disponível em: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2021.v12.n6.4727>. Acesso em 01 de setembro de 2023.

MENDONÇA, V. M., et al. Antônio WNO, Carolina MLC, Leilane BS. **Desenvolvimento de chatbot para adolescentes sobre infecções sexualmente transmissíveis**. Revista Enfermagem em Foco, v. 12, n. 3, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2021.v12.n3.4284>. Acesso em 01 de setembro de 2023.

NIETSHE, E. A, TEIXEIRA, E., MEDEIROS, H. P. **Tecnologias cuidativo-educacionais: Uma possibilidade para o empoderamento do/a enfermeiro**. Porto Alegre: Moria; 2017.

OLIVEIRA, M. C. B, Santos et al. **Diagnóstico laboratorial da sífilis gestacional em Cerqueira César – SP: teste rápido**. Revista Saúde em Foco. Ed. 10 – Ano: 2018. Disponível em: https://portal.unisepe.com.br/unifia/wp-content/uploads/sites/10001/2018/09/087_diagn%c3%93stico-laboratorial-da-s%c3%8dfilis-gestacional.pdf. Acesso em 01 de setembro de 2023.

PAIVA Ana Paula Rodrigues Cavalcante, VARGAS Eliane Portes. **Material Educativo e seu público: um panorama a partir da literatura sobre o tema.** Revista Práxis, v. 9, n. 18, dez., 2017. Rio de Janeiro: 2017. Disponível em: https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/handle/iciict/29564/eliane_vargas_anapaulapaiva_IOC_2017.pdf?sequence=2&isAllowed=y. Acesso em 01 de setembro de 2023.

SALES, R. O., et al. **Development and evaluation of an application for syphilis control.** Revista Brasileira de Enfermagem, v. 72, n. 5, p. 1326–1332, set. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0877>. Acesso em 30 de setembro de 2023.

SILVA, D. M. L., CARREIRO, F. A., MELLO, R. **Educational technologies in nursing assistance in health education: Integrat ingreview.** J Nurs. UFPE 2017; 11 p.1044-52. Disponível em: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-V11I2A13475P1044-1051-2017>. Acesso em 30 de setembro de 2023.

SILVA, P. G, et al., **Produção e validação de tecnologia educacional sobre cuidados de enfermagem para prevenção da sífilis.** Revista Brasileira de Enfermagem, v. 74, p. e20190694, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0694>.

SOUZA, Elemir Macedo de. **Há 100 anos, a descoberta do Treponema pallidum.** An Bras Dermatol. 2005; 80(5): p 547-548. São Paulo: 2005. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0365-05962005000600017>. Acesso em 30 de setembro de 2023.

TEIXEIRA, Elizabeth. **Validação e avaliação de produtos tecnológicos.** Editora Moriá, 2021.

Teixeira Elizabeth. **Tecnologias educacionais em foco.** São Paulo: Difusão, 2011.

SAÚDE MENTAL E TRABALHO DOCENTE UNIVERSITÁRIO: REFLEXÕES EPISTEMOLÓGICAS NO CAMPO DA SAÚDE COLETIVA

Data de aceite: 01/11/2023

Érica Baggio

Ana Cláudia Pereira Terças-Trettel

1 | INTRODUÇÃO

Ao longo de quase um século o conceito saúde vem sofrendo críticas devido à concepção, por um lado, reducionista e equivocada a mera ausência de doença que se teve durante muito tempo e que encontra-se amiúde presente e resistente na sociedade atual, e por outro, a definição irreal, ultrapassada e unilateral da Organização Mundial de Saúde (OMS) de “completo estado de bem-estar físico, mental e social” (OPAS, p. 2). Para Segre e Ferraz (1997), a principal justificativa que fundamenta a crítica do conceito saúde da OMS no momento histórico atual é concepção desintegrada e desarticulada do físico, mental e social, considerados indissociáveis para a vida humana e que se relacionam com outros fatores que também são determinantes para a saúde, como o trabalho.

Laurell (1983) é uma importante pesquisadora latino-americana que tem questionado em seus estudos o paradigma biomédico que concebe a doença como um fenômeno biológico individual, à medida que propõe a compreensão do processo saúde-doença na dinâmica da coletividade, considerando seu caráter histórico e social. Nessa mesma lógica, Breilh (2006) argumenta que o estudo da relação saúde-doença está vinculado aos complexos processos sociais que atravessam uma sociedade em um dado momento, logo para explicar a doença é preciso conhecer o modo de vida das pessoas, pois o social é que determinará a ocorrência do processo biológico. Os autores propõe então um novo paradigma, a história social da doença.

É evidente que as transformações ocorridas na sociedade a partir da revolução técnico-científica, principalmente nas últimas décadas do século XX e nas primeiras do século XXI, como globalização, reestruturação produtiva, transição demográfica e mudança no estilo

de vida, geraram mudanças no perfil das doenças e agravos à saúde (VIEIRA, 2019). Essa transição epidemiológica, considerada por Lerner (1973) como uma transição de saúde, tem de um lado a predominância de condições crônicas e de outro as doenças infectocontagiosas que emergem e/ou reemergem em diferentes locais e regiões (PAIM; ALMEIDA-FILHO, 2014).

Essas novas formas de organização das relações econômicas, sociais e políticas evidenciada na sociedade capitalista e neoliberal impactaram também o mundo do trabalho, especialmente a organização, gestão e controle laboral, e paralelamente a isso, observa-se um aumento da prevalência de transtornos mentais em trabalhadores de diversos países, inseridos em diferentes contextos e executando funções distintas (JACQUES, 2003). Se tratando do ambiente universitário, verifica-se uma mudança no perfil de adoecimento, com aumento da prevalência de sofrimento e transtorno mental entre docentes em detrimento as lesões por esforços repetitivos e distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (LER/DORT) (LUZ et al., 2019).

Tal situação é ainda mais preocupante diante da crise sanitária e humanitária enfrentada pelo mundo. As modificações abruptas da rotina de vida que a pandemia da COVID-19 trouxe aos indivíduos e grupos, assim como na condição e organização do trabalho em âmbito acadêmico, ocasionou um impacto generalizado na saúde mental (MA et al., 2022). Diante disso, é importante analisar e acompanhar aspectos que apontam para a influência de fatores laborais implicados na relação saúde mental e trabalho, inclusive que já eram discutidos antes da pandemia da COVID-19 em decorrência das complexas transformações gerenciais, organizacionais e tecnológicas evidenciadas no ambiente universitário ligadas a um novo modo de produção que intensifica cada vez mais o trabalho docente (VIEIRA, 2019; XIANG et al., 2020).

Frente ao exposto, o objetivo deste capítulo é refletir em torno das epistemologias da saúde e do trabalho com enfoque na saúde mental do docente universitário.

2 | REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 RELAÇÃO TRABALHO E SAÚDE

Para Marx (1983, p. 149) o “trabalho é um processo entre o homem e a natureza, um processo em que o homem, por sua própria ação, media, regula e controla seu metabolismo com a natureza”. Dito de outra forma, na concepção ontológica do autor o trabalho assume um papel central na vida humana, constituidor do ser social, sendo uma ação orgânica entre homem e natureza que modifica e transforma a natureza, o mundo e a si próprio. Codo (2006) acrescenta que o trabalho é “o modo de ser do homem, e como tal permeia todos os níveis de sua atividade, seus afetos, sua consciência, o que permite que os sintomas se escondam em todos os lugares.” (p. 186).

Há também um sentido mercadológico que compreende o trabalho como uma fonte de capital. Nesse tocante, Marx (2008) considera que o trabalho passou a ser usado em benefício de um determinado sistema econômico, o capitalismo, causando ao trabalhador uma insatisfação que reflete em todas as dimensões da sua vida. O autor chama atenção ainda para a exploração do trabalhador pela mais valia, modo esse derivado de um sistema capitalista que requer do trabalhador uma jornada de trabalho superior a sua remuneração. Tal exploração ocorre, por exemplo, por meio do desenvolvimento de estratégias que visam o aumento da produtividade e lucro às custas do trabalhador (MARX, 2008).

Seguindo a lógica da interpretação materialista histórico-dialética, Laurell (1993) ressalta que o processo de trabalho não é natural ou externo aos acontecimentos históricos, mas sim, um processo social que influencia os modos de vida e se configura como principal determinante do nexos causal em saúde-doença. Dessa forma, constitui-se uma fonte potencializadora de saúde ou desgaste (SELIGMANN-SILVA, 1994).

Conforme analisa Dejours (1992), a vida humana é indissociável do trabalho, e o trabalho é uma fonte simultânea de prazer e sofrimento também indissociáveis. Nessa perspectiva, é impossível analisar e compreender o sujeito, que carrega consigo suas necessidades e valores próprios, de forma dissociada do seu trabalho e vice-versa. Da mesma forma, o prazer e o sofrimento coexistem nas relações de trabalho, logo sofrer no trabalho é normal, no entanto ficar preso a esse sofrimento pode desencadear transtornos mentais. Assim, o trabalho é tido então como um espaço que não há neutralidade subjetiva e social.

Para Seligmann-Silva (2022) as bases conceituais da saúde no trabalho começaram a ser desenvolvidas com os estudos de Dejours, em *Psicodinâmica do Trabalho* (DEJOURS, 1992). O psiquiatra francês Christophe Dejours inicia suas reflexões a partir dos anos de 1950 nas bases históricas da Psicopatologia do Trabalho, que por sua vez começou a ser pensada logo após a Segunda Guerra Mundial por dois principais franceses da época, os psiquiatras Louis Le Guillant e Paul Sivadon, a partir das contribuições da psiquiatria social. As transformações sociais oriundas desse acontecimento histórico impactou o mundo do trabalho e culminou em uma crescente expansão da indústria e novas modalidades produtivas (LIMA, 1998).

A partir disso se começou a discutir a evolução do psiquismo humano em decorrência das (re)adaptações laborais e como a organização do trabalho poderia estar relacionada à saúde dos trabalhadores, em especial a saúde mental (SELIGMANN-SILVA, 2022). Dejours (1992) começa então seus estudos sobre a Psicodinâmica do Trabalho nos anos de 1970 na França, inspirado nos conceitos pré-existentes da psicanálise e ergonomia, e publica uma das suas mais importantes obras relacionadas a essa abordagem em 1980, *Travail, usure mentale: essai de psychopathologie du travail*, traduzida para o português do Brasil em 1987 como “A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho”. Nessa obra, o autor muda o foco, antes colocado pela Psicopatologia do Trabalho na doença, para a

normalidade e as estratégias defensivas desenvolvidas pelos trabalhadores diante de uma percepção de sofrimento da realidade.

Por normalidade o autor defini o estado de manter ou alcançar um certo equilíbrio psíquico, mesmo diante de condições de trabalho desestruturantes e relações desestabilizantes. Por condições de trabalho entende-se “as pressões físicas, mecânicas, químicas e biológicas do posto de trabalho” (DEJOURS; ABDOUCHELI, 2007, p. 125) que incidem sobre o corpo do trabalhador e podem ocasionar desgaste mental e doença somática. Sendo assim, face às condições e relações precárias de trabalho, os trabalhadores pode adoecer ou mobilizar mecanismos defensivos com a finalidade de prevenir transtornos mentais e manter, mesmo que precariamente, a saúde mental (DEJOURS, 1992).

Nesse ponto, Dejours (1992) e Canguilhem (2009) convergem na compreensão do conceito saúde, uma vez que para ambos os autores o sofrimento faz parte da experiência de estar vivo e existem funções que são consideradas normais de defesas e lutas do organismo contra a doença, logo conceitos como normal e patológico não podem ser reduzidos a questões meramente quantitativas. Para Canguilhem (2009) “a saúde é um guia regulador das possibilidades de reação” (p. 65) e precisa ser pensada na perspectiva da dimensão do ser, visto que o indivíduo saudável ou o “homem normal é o homem normativo, o ser capaz de instituir novas normas, mesmo orgânicas” (p. 45). Tais contribuições são importantes para pensar a relação entre trabalho e saúde, uma vez que a capacidade do trabalhador de criar novas normas e reagir diante das situações de sofrimento no ambiente de trabalho é que determinará sua saúde.

Nesse sentido, Dejours (1992) chama atenção para a compreensão das estratégias defensivas individuais e coletivas, também chamadas de mediação, que são desenvolvidas pelo trabalhador diante de uma realidade que lhe causa sofrimento e dor, com a finalidade de manter certo equilíbrio psíquico mesmo diante de condições de trabalho precárias. O autor menciona que é importante a investigação do sofrimento, mas também do prazer e da organização do trabalho. Sendo assim, em 1990 propõe que a Psicopatologia do Trabalho seja denominada como Psicodinâmica do Trabalho por essa última denominação abranger uma análise mais ampla do construto saúde mental no trabalho que vislumbra uma transformação da realidade (DEJOURS, 1992).

A organização do trabalho é um conceito importante na teoria da Psicodinâmica do Trabalho que ganha visibilidade nos estudos de Dejours ao criticar o modelo taylorista de racionalização da produção e do trabalho, cujo aspectos humanos, psicológicos e de condições laborais eram ignorados, e as organizações tinham pouca ou nenhuma influência no sofrimento e adoecimento dos trabalhadores (SOUSA-DUARTE et al., 2020). Segundo Dejours (1992), a organização do trabalho tem forte impacto no aparelho psíquico do trabalhador, uma vez que “em certas condições emerge um sofrimento que pode ser atribuído ao choque entre uma história individual, portadora de projetos, de esperanças e de desejos e uma organização do trabalho que os ignora.” (p. 64)

Dessa maneira, o autor considera que podem ocorrer vivências de sofrimento no trabalho que são oriundas de uma frustração da expectativa inicial do trabalhador, que se depara com uma organização de trabalho que não considera seu mundo interno e subjetivo, ou seja, no trabalho há um confronto entre o mundo externo e interno, objetivo e subjetivo. Pensando no modelo de produção capitalista, de um lado tem-se uma organização de trabalho voltada ao lucro e altamente produtivista e de outro a singularidade do sujeito, com suas necessidades, desejos, angústias e medos, buscando a normalidade referida por Dejours (DEJOURS, 2004; SOUSA-DUARTE et al., 2020).

Em suma, o resultado do encontro entre as estratégias defensivas e a organização desestruturante do trabalho terá impacto na saúde mental, que por sua vez é indissociável da saúde como um todo. O sofrimento está situado no meio de ambos e se configura como um espaço de luta psíquica em busca de equilíbrio. É o estado intermediário entre o desgaste mental e o bem-estar psíquico. É inerente a condição humana, no entanto não pode ser banalizado pela organização do trabalho, pois as condições em que o trabalho é realizado podem dificultar o desenvolvimento das novas normas e reações dos trabalhadores. Logo, a normalidade não exclui o sofrimento, assim como o sofrimento não exclui o prazer. Ademais, o trabalho nunca é neutro em relação à saúde mental dos indivíduos (DEJOURS, 1992; DEJOURS, 2004; CANGUILHEM, 2009).

2.2 DESGASTE MENTAL E TRABALHO DOCENTE UNIVERSITÁRIO

Por desgaste Laurell e Noriega (1989, p. 110) compreendem a “perda de capacidade potencial e/ou efetiva, corporal e psíquica”. Nessa lógica, Seligmann-Silva (1994) fundamentado no conceito geral de desgaste, proposto pela teoria de Laurell e Noriega (1989), se dedica a estudar a dimensão mental relacionada ao desgaste no trabalho. Para o autor, o modelo teórico do desgaste é uma abordagem integradora com outras teorias, como à Psicodinâmica do Trabalho e as teorias do estresse, pois é possível visualizar vários pontos de convergência entre elas.

Seligmann-Silva (1994) parte do pressuposto que o desgaste no trabalho é:

Visualizado como produto de uma correlação desigual de poderes impostos sobre o trabalho e sobre o trabalhador, acionando forças que incidem no processo biopsicossocial saúde-doença. Ou melhor, uma correlação de poderes e forças em que o executante do trabalho se torna perdedor. (p. 144)

Para o autor, o desgaste mental pode ser caracterizado em três níveis. O primeiro nível diz respeito aos quadros clínicos que correspondem ao desgaste literal, ou seja, o desgaste orgânico da mente proveniente da exposição química e tóxica. O segundo nível refere-se as variações do mal-estar que está relacionada a fadiga mental e física, ambas indissociáveis, e que quando acumuladas ao longo do tempo refletem um estado de cansaço gerador de sofrimento mental de inúmeras perdas. Nesse sentido, a percepção

de desgaste apresentada aqui traz uma ideia de estresse que permeia o processo saúde-trabalho-doença, sendo um importante elemento na compreensão do adoecimento decorrente da organização do trabalho. Já o último nível está relacionado ao desgaste que afeta a subjetividade, que fere a identidade, dignidade e esperança do trabalhador, uma vez que não considera seus valores, crenças e projetos de vida, e se constitui em um tipo de violência psicológica no trabalho.

Estudos realizados com docentes universitários tem verificado um excesso de funções e atividades que não são compatíveis com a carga horária de trabalho semanal, sendo importante preditor de sofrimento e transtorno mental. O fato de levar trabalho para casa e dedicar-se por tempo superior ao regime de trabalho, pode-se configurar, na concepção marxista, uma forma de precarização do trabalho (MARX, 2008; CAMPOS et al., 2020; TEIXEIRA et al., 2020; VASCONCELOS; LIMA, 2021). Isso também foi observado no *home office* durante a pandemia da COVID-19 e contribuiu para prejuízos de várias dimensões, inclusive relacionados aos aspectos sociais, visto que alguns docentes apresentaram dificuldades de gerenciar sua vida pessoal e profissional (gestão do tempo) diante da nova organização e condições de trabalho (SILVA, et al., 2020; SANTOS et al., 2021).

Pesquisa realizada por Bernardo, Maia e Bridi (2020) sobre o trabalho remoto no período da pandemia da COVID-19 mostrou que tal modalidade de trabalho afetou toda a classe trabalhadora, sendo os docentes um dos grupos que sofreram maior impacto. Dentre os principais pontos negativos estão: intensificação do trabalho diante de inúmeras tarefas e demandas imediatas, aprendizagem súbita quanto ao uso de tecnologias de informação e comunicação, falta de capacitação quanto aos recursos de trabalho da nova modalidade de ensino, dificuldade de desconexão/ gestão do tempo e sobrecarga de trabalho.

Laurell e Noriega (1989) discutem a sobrecarga de trabalho em seus estudos e a define como um maior investimento de esforços no cumprimento do trabalho que gera desgaste. Os autores, ainda no século passado, chamam a atenção para a crescente demanda por publicações, desempenho predominantemente quantitativo e baseado no cumprimento de metas que é evidenciado nas universidades, tornando este ambiente altamente competitivo e controlado, o que não deixa de configurar uma manifestação da lógica capitalista da produtividade e intensificação do trabalho nas universidades e ser fonte de sofrimento mental.

Uma revisão sistemática da literatura científica evidenciou que os principais fatores de desgaste físico e mental da profissão docente estão relacionados aos transtornos psicossomáticos, com ênfase para o estresse e síndrome de *Burnout* (LUZ et al., 2019). Os sintomas de desgaste mental em docentes universitários tem sido associados a falta de recursos e reconhecimento, relações interpessoais instáveis, ambiguidade de papéis, alta exigência laboral, controle institucional excessivo, insegurança e tempo insuficiente para responder as demandas do trabalho (LUZ et al., 2019; CAMPOS et al., 2020; TEIXEIRA et

al., 2020; VASCONCELOS; LIMA, 2021).

Já no contexto pandêmico, uma revisão sistemática e meta-análise identificou uma alta prevalência de estresse (62,6%), depressão (59,9%) e ansiedade (36,3%) entre docentes durante a pandemia da COVID-19. Tais transtornos mentais estavam associados a fatores como sexo (feminino), idade (>50 anos), estado conjugal (casado), medo da COVID-19, uso de máscara, menor satisfação no trabalho, pouca experiência profissional, ausência de estabilidade, baixa motivação e experiência com ensino remoto, e sobrecarga de trabalho (MA et al., 2022).

É importante considerar que a precarização do trabalho docente não é um processo novo sob a lógica capitalista e possui suas consequências no ambiente universitário que resultaram em dificuldades no enfrentamento da grave crise sanitária enfrentada pelo mundo. Ademais, a pandemia da COVID-19 acentuou e exacerbou várias contradições e idiosincrasias capitalistas cujos desdobramentos na classe trabalhadora merecem ser acompanhados (SOUZA, 2021).

Embora o teletrabalho durante a pandemia da COVID-19 tenha trazido benefícios, principalmente no que versa sobre a continuidade das atividades acadêmicas e proteção da COVID-19, na análise de Antunes (2020), paradoxalmente, gerou uma individualização do trabalho e fragilidade nas relações solidárias e coletivas que não podem perdurar pós pandemia. Esse talvez seja um dos principais desafios na conjuntura atual, quiçá a principal, visto que a pandemia da COVID-19 direcionou as formas de ensino de forma súbita e inovadora, sendo necessário aprender com a crise, incorporar os aprendizados positivos a nova realidade e superar os desafios.

2.3 DETERMINAÇÃO SOCIAL NO PROCESSO SAÚDE-TRABALHO-DOENÇA

Conforme apresentado nos tópicos anteriores, para Dejours (1992) o trabalho é um importante mediador de saúde e o sofrimento no trabalho está associado a sua forma de organização. Laurell e Noriega (1983) entende que o sofrimento é um processo influenciado pelo processo de trabalho e esse constitui a centralidade do nexos causal trabalho-doença, estando atravessado pela historicidade. Os autores propõe ainda uma ideia que supera o olhar meramente biológico dos seus determinantes ao afirmar que:

A combinação especial entre os processos de desgaste e de reprodução origina o nexos biopsíquico humano, historicamente específico. Nessa concepção, não há uma separação entre o social e o biopsíquico, que logo se unem por um vínculo de mediação externo, pois o processo de trabalho é, ao mesmo tempo, social e biopsíquico (LAURELL; NORIEGA, 1989, p. 36).

A aproximação epistemológica dos diferentes autores que foram apresentados nesse trabalho culmina na relevância do contexto social, histórico, político e econômico na determinação do processo saúde-doença. Para Laurell (1982):

(...) o processo saúde-doença tem caráter histórico em si mesmo e não apenas porque está socialmente determinado (...). O processo saúde-doença é determinado pelo modo como o homem se apropria da natureza em um dado momento, apropriação que se realiza por meio de processo de trabalho baseado em determinado desenvolvimento das forças produtivas e relações sociais de produção. (p. 15-16)

Nesse contexto, é por meio do conceito saúde ancorado na determinação social do processo saúde-doença que é possível analisar a situação de saúde de indivíduos e grupos sociais. Laurell (1982) elucida ainda que considerar a relação saúde-doença como um processo social não contrapõe o processo biológico que também está implicado nessa relação, uma vez que ambos são históricos e sociais:

O vínculo entre o processo social e o processo biológico saúde-doença é dado por processos particulares, que são ao mesmo tempo sociais e biológicos. (...) Este modo de entender a relação entre o processo social e o processo saúde-doença aponta, por um lado, o fato de que o social tem uma hierarquia distinta do biológico na determinação do processo saúde-doença e, por outro lado, opõe-se à concepção de que o social unicamente desencadeia processos biológicos imutáveis e a-históricos e permite explicar o caráter social do próprio processo biológico. Esta conceituação nos faz compreender como cada formação social cria determinado padrão de desgaste e reprodução. (LAURELL, 1982, p. 15-16)

Dito isso, fica claro entender que a análise epidemiológica da saúde do trabalhador exige uma compreensão historicizada dos fenômenos, enquanto um espaço interdisciplinar e pluri-institucional que está situada no campo da saúde coletiva e obteve forte influência e contribuições da medicina social latino-americana e da experiência italiana da reforma sanitária. Logo, a epidemiologia da saúde do trabalhador assume um papel articulador com outras disciplinas, como Ciências Humanas e Sociais e Políticas de Saúde, “permitindo a construção de redes interdisciplinares e configurando um contexto epidemiológico de interpretação e avaliação” (MACHADO, p. 1997) que busca articular dois planos de análise: o que compreende o contorno social, econômico, político e cultural, e o que concerne à organização e às condições de trabalho.

3 | CONCLUSÃO

O percurso teórico apresentado nesse trabalho que demarcaram e ainda demarcam os devires epistemológicos da saúde e do trabalho elucidam a importância da determinação social no processo saúde-doença e como essas discussões foram se constituindo, disseminando e fortalecendo na sociedade a partir de reflexões que coadunam elementos sociais, políticos e econômicos na análise da relação saúde-trabalho-doença.

Destacou-se que as transformações no mundo do trabalho e a mudança do perfil das doenças e agravos laborais, com destaque para o aumento dos transtornos mentais, são influenciadas pelo modo de produção capitalista da sociedade contemporânea. Nesse

tocante, observa-se que o trabalho docente universitário tem sofrido uma intensificação e precarização nos últimos anos pela implementação de políticas públicas que mercantilizam a educação. Além disso, buscou-se refletir, mesmo que sutilmente, como a pandemia da COVID-19 afetou a organização e as condições do trabalho docente universitário e impactou a saúde mental, sendo importante acompanhar como se darão esses desdobramentos no ambiente acadêmico.

REFERÊNCIAS

ANTUNES, R. **Coronavírus: o trabalho sob fogo cruzado**. São Paulo: Boitempo, 2020.

BERNARDO, K. A. S.; MAIA, F. L.; BRIDI, M. A. As configurações do trabalho remoto da categoria docente no contexto da pandemia Covid-19. **Novos Rumos Sociológicos**, v. 8, n. 14, p. 8-39, 2020. Doi: 10.15210/norus.v8i14.19908

BREILH, J. **Epidemiologia crítica: ciência emancipadora e interculturalidade**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

CAMPOS, T. C.; VÉRAS, R. M.; ARAÚJO, T. M. Common mental disorders in higher education teachers: evidence from sociodemographic and work aspects. **Revista da Avaliação da Educação Superior**, v. 25, n. 3, p. 745-68, 2020. Doi: 10.1590/s1414-40772020000300012

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. 6. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2009.

CODO, W.; SORATTO, L.; VASQUEZ-MENEZES, I. Saúde mental e trabalho. In: ZANELLI, J. C.; BORGES-ANDRADE, J. E.; BASTOS, A. V. (Orgs.). **Psicologia, organizações e trabalho no Brasil**. Porto Alegre: Artmed, 2004.

DEJOURS, C.; ABDOUCHELI, E. Itinerário teórico em psicopatologia do trabalho. In: DEJOURS, C.; ABDOUCHELI, E.; JAYET, C.; BETIOL, M. I. S. **Psicodinâmica do Trabalho: contribuições da escola dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho**. São Paulo: Atlas, 2007.

DEJOURS, C. **A loucura do trabalho: estudos de psicodinâmica do trabalho**. São Paulo: Cortez, 1992.

DEJOURS, C. Subjetividade, trabalho e ação. **Revista produção**, v. 14, n. 3, p. 27-34, 2004. Doi: 10.1590/S0103-65132004000300004

JACQUES, M. G. C. Abordagens teórico-metodológicas em saúde/doença mental e trabalho. **Psicol. Soc.**, v. 15, n. 1, p. 97-116, 2003. Doi: 10.1590/S0102-71822003000100006

LAURELL, A. C.; NORIEGA, M. **Processo de produção e saúde: trabalho e desgaste operário**. São Paulo: Hucitec, 1989.

LAURELL, A. C. A saúde-doença como processo social. In: DUARTE, E. (Org.). **Medicina social: aspectos históricos e sociais**. São Paulo: Global, 1983.

LAURELL, A. C. La construcción teórico-metodológica de la investigación sobre la salud de los trabajadores. In: LAURELL, A. C. **Para la investigación sobre la salud de los trabajadores**. Salud y Sociedad. Washington: Organización Panamericana de La Salud, 1993.

LAURELL, A. C. A saúde-doença como processo social. **Rev. Latino Am. Salud.**, v. 2, p. 7-25, 1982. Disponível em: https://unarus2.moodle.ufsc.br/pluginfile.php/6126/mod_resource/content/1/Conteudo_on-line_2403/un01/pdf/Artigo_A_SAUDE-DOENCA.pdf. Acesso em: 08 jun. 2022.

LERNER, M. Modernization and health: a model of the health transition. **Documento apresentado na Reunião Anual da American Public Health Association**. São Francisco, Califórnia, 1973.

LIMA, M. E. A. A psicopatologia do trabalho. **Psicologia: ciência e profissão**, v. 18, n. 2, p. 10-5, 1998. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98931998000200003&lng=pt&tng=pt. Acesso em: 08 jun. 2022.

LUZ, J. G.; PESSA, S. L. R.; LUZ, R. P.; SCHENATTO, F. J. A. Implicações do ambiente, condições e organização do trabalho na saúde do professor: uma revisão sistemática. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 24, n. 12, p. 4621-32, 2019. Doi: 10.1590/1413-812320182412.26352017

MA, K.; LIANG, L.; CHUTUYAMI, M.; NICOLL, S.; KHAERUDIN, T.; HA, X. V. COVID-19 pandemic-related anxiety, stress and depression among teachers: a systematic review and meta-analysis. **Work**, v. 69, n. 4, p. 1153-61, 2022. Doi: 10.3233/WOR-205276

MACHADO, I. M. H. Processo de vigilância em saúde do trabalhador. **Cad Saude Publica**, v. 13, n. 2, p. 33-45, 1997. Doi: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X1997000600004>

MARX, K. O processo de trabalho e processo de valorização. In: MARX, K. **O capital**: crítica da economia política. São Paulo: Abril Cultural, 1983.

MARX, K. **Manuscritos econômico-filosóficos**. São Paulo: Boitempo Editorial, 2008.

OPAS. Organização Pan-Americana de Saúde. **Indicadores de saúde**: aspectos conceituais e operacionais. Washington: OPAS, 2018. Disponível em: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=14401:indicadores-de-saude-elementos-conceituais-e-praticos-capitulo1&catid=9894&Itemid=101&lang=pt. Acesso em: 24 jun. 2022.

PAIM, J. S.; ALMEIDA-FILHO, N. **Saúde coletiva**: teoria e prática. Rio de Janeiro: MedBook, 2014. 720 p.

SANTOS, G. M. R.; SILVA, M. E.; BELMONTE, B. R. COVID-19: ensino remoto emergencial e saúde mental de docentes universitários. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant**, v. 21, n. 1, p. 245-51, 2021. Doi: 10.1590/1806-9304202100S100013

SEGRE, M.; FERRAZ, F. C. O conceito de saúde. **Rev Saude Pública**, v. 31, n. 5, p. 538-42, 1997. Disponível em: <https://www.scielo.br/rsp/a/zthNk9hRH3TJhh5fMgDFCFj/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 24 jun. 2022.

SELIGMANN-SILVA, E. **Desgaste mental no trabalho** dominado. Rio de Janeiro: Cortez Editora, 1994. 324 p.

SELIGMANN-SILVA, E. **Trabalho e desgaste mental**: o direito de ser dono de si mesmo. Rio de Janeiro: Cortez Editora, 2022. 783 p.

SILVA, A. F.; ESTRELA, F. M.; LIMA, N. S.; ABREU, C. T. A. Saúde mental de docentes universitários em tempos de pandemia. **Physis**, v. 30, n. 2, p. 1-4, 2020. Doi: 10.1590/S0103-73312020300216

SOUSA-DUARTE, F.; MENDES, A. M.; FACAS, E. P. **Psicopolítica e psicopatologia do trabalho**. Porto Alegre: Editora Fi, 2020. 217 p.

SOUZA, D. As dimensões da precarização do trabalho em face da pandemia de Covid-19. **Trab. Educ. Saúde**, v. 19, p. 1-15, 2021. Doi: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00311>

TEIXEIRA, T. S. C.; MARQUEZE, E. C.; MORENO, C. R. C. Academic productivism: when job demand exceeds working time. **Rev. Saude Publica**, v. 54, p. 117, 2020. Doi: 10.11606/s15188787.2020054002288

VASCONCELOS, I.; LIMA, R. L. Work and health-illness of professors from public universities. **Rev. Katal**, v. 24, n. 2, p. 364-74, 2021. Doi: 10.1590/1982-0259.2021.e78014

VIEIRA, R. G. **As reconfigurações do trabalho docente no século XXI**: controle, intensificação e precarização do professor. 195 f. Tese (Doutorado em Sociologia) - Faculdade de Ciências Sociais, Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2019.

XIANG, Y. T.; YANG, Y.; LI, W.; ZHANG, L.; ZHANG, Q.; CHEUNG, T.; NH, C. H. Timely mental health care for the 2019 novel coronavirus outbreak is urgently needed. **Lancet Psychiatry**, v. 7, n. 4, p. 228-9, 2020. Doi: 10.1016/S2215-0366(20)30046-8

O CUIDADO DA CRIANÇA E O DIREITO À SAÚDE: ASPECTOS LEGAIS DO ATENDIMENTO À CRIANÇA E AO ADOLESCENTE

Data de aceite: 01/11/2023

Yuri Simon Salim Jorge Assel

Universidade Nilton Lins

Lucas Amaral Pedrosa

Universidade Nilton Lins

Eduarda Lopes Farias

Universidade Nilton Lins

Lucas Hiago Varela.

Universidade Nilton Lins.

Cássia Gabriela Assunção Moraes

Universidade Nilton Lins

Sofia Amaral Pedrosa

Universidade Nilton Lins

Sebastian Torres Matallana

Universidade Nilton Lins

Ester Frota Salazar

Universidade Nilton Lins

Rafael Ferretti Coelho

FAMETRO

em especial, quanto ao acompanhamento de forma efetiva e integral. Sendo assim, têm-se que as crianças e os adolescentes são mais vulneráveis no que diz respeito as mais diversas esferas, seja ela física, mental, social, religiosa, política, cultural, de modo que, carecem de proteção e cuidados especiais. Logo, foram analisados artigos originais, encontrados em plataformas eletrônicas de dados, como Scielo e Google Acadêmico, consagrando uma pesquisa bibliográfica documental. Como resultado, aferiu-se a necessidade de efetivação dos dispositivos legais existentes, melhor capacitação dos profissionais de saúde e diminuição das desigualdades a fim de proporcionar iguais oportunidades às crianças e aos adolescentes, independente da classe social, cor ou gênero.

PALAVRAS-CHAVE: Direitos; Criança e adolescentes; saúde; ECA

CHILDCARE AND THE RIGHT TO HEALTH: LEGAL ASPECTS OF CHILD AND ADOLESCENT CARE

ABSTRACT: The aim of this article is to analyze the rights of children and adolescents, in the light of the legal institutes existing in the country's legal system,

RESUMO: O presente artigo visa analisar os direitos da criança e do adolescente, frente aos institutos jurídicos existentes no ordenamento pátrio, em especial, no que se refere ao direito e acesso à saúde,

especialmente com relação ao direito e acesso à saúde, especialmente com relação a efetiva e abrangente monitoramento. Assim, crianças e adolescentes são mais vulneráveis nas esferas mais diversas, seja física, mental, social, religiosa, política ou cultural, por isso precisam de proteção especial e cuidados. Artigos originais encontrados em plataformas de dados eletrônicas como Scielo e Google Scholar foram analisados, tornando esta uma pesquisa bibliográfica documental. Como resultado, houve a necessidade de tornar efetivas as disposições legais existentes, melhorar a formação dos profissionais de saúde e reduzir as desigualdades a fim de proporcionar oportunidades iguais para crianças e adolescentes, independentemente de classe social, cor ou gênero.

KEYWORDS: Rights; Children and adolescents; Health; ECA

1 | INTRODUÇÃO

Com a retomada da redemocratização do país no período pós ditatorial, visando a construção do Estado de Direito apto a priorizar a dignidade da pessoa humana e a consagração do bem estar, com a igualdade social e com uma sociedade mais justa e resiliente, com base nos direitos sociais garantidos pela Carta Magna de 1988, é que movimentos de consolidação da saúde buscavam a efetiva aplicação das normas dispostas em lei, que abarca os direitos das crianças e dos adolescentes.

Nessa toada, no cuidado da criança no que tange a sua saúde, é primordial um olhar às suas necessidades essenciais, bem como a identificação das situações que envolvem a vulnerabilidade dos menores em relação as condições adversas ao seu desenvolvimento.

Destarte, em 13 de julho de 1990 foi publicado o Estatuto da Criança e do Adolescente, trazendo enfoque de proteção integral para as crianças e adolescentes, sem qualquer distinção de raça, cor ou classe social, sendo, portanto, reconhecidos como sujeitos de direito.

Diante disso, há uma preocupação para o cuidado da criança e do adolescente, em especial, ao considerar as fragilidades de autodefesa e carência de proteção, demandando a presença de outras pessoas e até mesmo de defensores para a garantia dos direitos assegurados pela lei.

Sendo assim, tem-se que as crianças e os adolescentes estão em uma condição especial de desenvolvimento humano que, requerem atenção e proteção particulares, devendo os Entes Federados, a sociedade, a família e muitas vezes, os profissionais de saúde, dedicarem especial cuidado à condição especial de desenvolvimento imposta à eles.

Noutro giro, já existem no país leis, estatutos, decretos e programas sociais específicos para atender essa demanda social das crianças e dos adolescentes, servindo de mecanismos legais de proteção e apoio aptos a salvaguardar os direitos fundamentais assegurados pela Constituição Federal, tendo em vista a condição de vulnerabilidade existente.

Além disso, o direito a saúde das crianças e dos adolescentes também deve ser

preservado, necessitando não apenas de preparo dos pais e familiares, mas também da rede integrada de cuidado à saúde, por meio da construção de conhecimentos compartilhados, fortalecimento das habilidades e competências relacionadas as atitudes de defesa e cuidado, segundo o qual, o profissional de saúde atua como um mediador na diminuição da vulnerabilidade, buscando a promoção e garantia do direito fundamental à vida e acesso à saúde.

Nessa senda, a presente pesquisa se trata de uma pesquisa bibliográfica documental, onde foram utilizadas plataformas eletrônicas de dados acadêmicos, como Scielo, Google Acadêmico e PubMed, para realizar a busca de artigos originais, a respeito do cuidado da criança e do adolescente e seu direito à saúde, bem como quais os direitos inerentes a eles e quais as formas de proteção positivadas no atual ordenamento jurídico a fim de sanar as vulnerabilidades existentes.

2 | DOS DIREITOS DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE

A Constituição Federal de 1988 fez a inserção, de um novo escopo da política social a fim de concretizar princípios fundamentais como base da seguridade social, estabelecendo o dever do Estado de assegurá-los, ou seja, é um dever dos Entes Federados (União, Estados, Município e Distrito Federal), garantir a aplicação e efetivação dos princípios de universalidade, equidade e integralidade de ações.

Nessa monta, o SUS – Sistema Único de Saúde, foi protagonista ao assumir o papel de garantidor dos princípios constitucionais e dos princípios existentes na Lei 8.080/90, ampliando a visão de saúde e reconhecendo a necessidade do acesso a saúde de forma universal, integral e igualitária.

Não obstante, enfrentando dificuldades encontradas no SUS, os direitos das crianças e dos adolescentes tem evoluído ao longo dos anos, ocupando um importante espaço em pautas políticas e acadêmicas, ultrapassando esferas de preconceitos na contramão do progresso.

O processo de descentralização ampliou o contato do SUS com a realidade social existente em nosso país, se tornando um sistema complexo ao colocar na mão dos gestores de saúde os desafios do atual sistema e a busca na superação da fragmentação das políticas e programas de saúde, além de outros sérios problemas como o subfinanciamento do SUS, precarização do trabalho, baixo investimento na qualificação, pouca articulação da saúde com outras políticas públicas, falta de investimentos em capacitação profissional.

Nessa baila, para ultrapassar esses desafios, o Ministério da Saúde junto a outros órgãos e Conselhos criaram o Pacto pela Saúde, que se trata de um marco na organização do planejamento do SUS, bem como no financiamento e gestão do Sistema Único de Saúde, com a construção de consensos e delegação de responsabilidades, definindo as atribuições e confirmando a autonomia dos entes federados, conforme dita a Carta Magna.

Dessa forma, é fundamental que a saúde seja incluída como setor estratégico, nas políticas e programas do país, em que pese, na saúde voltada para grupos específicos da população, conforme necessidade e demandas existentes.

Lado outro, temos que as crianças e os adolescentes, são uma parte da população dotada de vulnerabilidades, suscetíveis a diversos fatores de riscos que podem prejudicar a saúde física e mental. Tendo em vista essa vulnerabilidade, a saúde deve se estruturar para atender essa mencionada demanda, como por exemplo, com a prevenção de agravos e enfermidades resultantes do uso abusivo de álcool e de outras drogas e dos problemas resultantes de violências.

Assim, é necessário uma rede integrada e engajada com o bem estar da criança e do adolescente, a fim de ver a efetivação de sensíveis princípios constitucionais em plena execução, produzindo saúde para esse grupo, com a ciência de que as demandas vão muito além das ações do setor da saúde.

Sendo assim, para se ver a garantia dos direitos constitucionais, é necessário que outros órgãos, sejam eles de fiscalização ou de execução e, até mesmo a sociedade, ingressem com uma posição ativa na reinvidicação dos direitos assegurados por lei.

O Estatuto da Criança e do Adolescente foi elaborado na sequência, após a publicação da Constituição Federal de 1988, trazendo em seu texto legal, algumas especificidades sobre a saúde no que diz respeito a criança e ao adolescente, expressando como o poder público, por meio dos Entes Federados, deve garantir a concretização do direito à saúde, criando políticas preventivas e restaurativas, conforme dita o artigo 7º da Lei 8.069/90:

Art. 7º A criança e o adolescente têm direito a proteção à vida e à saúde, mediante a efetivação de políticas sociais públicas que permitam o nascimento e o desenvolvimento sadio e harmonioso, em condições dignas de existência.
(BRASIL, 1990)

À vista da norma exposta, infere-se que a saúde é vista não só como ausência de agravos ou doenças, mas também como um fator de desenvolvimento humano, ou seja, um fator que permite garantir ao cidadão a dignidade de se viver em paz e harmonia.

Na sequência, o ECA expressa a necessidade de políticas públicas e programas que permitam o crescimento humano das crianças e dos adolescentes. Nessa toada, exemplificando tal afirmação é que o artigo 9º da Lei 8.069/90, impõe como “dever do poder público, das instituições e dos empregadores, a propiciação das condições adequadas ao aleitamento materno, inclusive aos filhos de mães submetidas a medida privativa de liberdade.”

Logo, a tutela do Estado quanto as crianças e aos adolescentes, se inicia antes mesmo do nascimento, e vai até a fase final da adolescência, com o objetivo de garantir a esses uma vida digna e o acesso universal, igualitário e integral aos serviços de saúde, bem como aos demais serviços necessários para o bom desenvolvimento humano e permissão da dignidade, paz e harmonia.

3 | A SAÚDE INTEGRAL E UM OLHAR DIFERENCIADO PARA AS CRIÇAS E ADOLESCENTES

A integração dos diversos setores de saúde, bem como das unidades de saúde, por meio de protocolos e troca de informações, permitiu a organização de uma ferramenta básica no esforço de ofertar serviços fundamentais e possibilitar o acesso de todos à saúde, permitindo a melhoria na qualidade de vida das pessoas, vistas como um todo, atendendo assim, as suas necessidades.

À vista disso, os valores, atitudes, hábitos e comportamentos que marcam a vida de crianças e adolescentes, ainda se encontra em processo de formação, de modo que, os valores e o comportamento de amigos e familiares, bem como de influencers e pessoas famosas, ganham importância crescente na medida em que surge um natural distanciamento dos pais na contramão do amadurecimento dos filhos.

Tão somente, a sociedade exige muito cedo do indivíduo ainda em crescimento, sem condição de formar opinião sólida sobre assuntos relevantes de sua própria vida, a se posicionar e possuir grandes responsabilidades, sem ajuda dos elementos necessários que compõem esse processo de amadurecimento para a tomada de decisões.

Nessa monta, veículos de comunicação em massa, indústria de entretenimento, sistemas políticos, grupos religiosos, exercem relevante papel de influenciadores no modo de vida e de pensamento das crianças e dos adolescentes. Lado outro, há uma grande importância para o desenvolvimento desses jovens, o acesso à educação formal, aos serviços de saúde (saúde mental, muitas vezes), atividades recreativas, desenvolvimento vocacional e oportunidades de trabalho.

Destarte, com frequência, as desigualdades sociais, a pobreza e o preconceito limitam crianças e adolescentes a obter a mencionada educação formal, adicionando ainda, os fatores de risco que essa parcela da população sofre, como a violência física, as ameaças do mundo do crime, distúrbios sociais, além do desejo de experimentar algo novo, que na maioria das vezes é prejudicial ao bom desenvolvimento e contrário a boa conduta.

Os fatores de risco, envolvem questões biológicas, sociais, psicológicas, socioeconômicas, raciais, culturais étnicas e religiosas, impactando no aumento ou na diminuição da vulnerabilidade existente nesse grupo populacional, bem como, impacta na proteção fornecida às crianças e aos adolescentes, frente a necessidade de acesso à saúde, principalmente em situações específicas que não há garantia integral dos direitos à cidadania¹ ou dos princípios fundamentais garantidos pela Constituição.

Os fatores de vulnerabilidade são heterogêneos no espaço geográfico, ou seja, variam de acordo com o território e, variam até mesmo no âmbito de cada município, dentro

¹ Em 2001, apenas 41,3% dos jovens vivia em famílias com renda familiar per capita acima de 1 salário mínimo, sendo que 12,2% (4,2 milhões) viviam em famílias com renda per capita de até ¼ de salário mínimo. Em 2001, mais da metade dos jovens entre 15 e 24 anos não estudava e apenas 42% chegava ao Ensino Médio. De outro lado, a histórica desigualdade racial no Brasil ocasiona uma maior vulnerabilidade de adolescentes e jovens negros em relação à saúde, à educação e ao mercado de trabalho (Instituto Cidadania, 2002).

de um mesmo lugar. Logo, os bairros mais pobres são marcas da falta de oportunidades, de opções para lazer e cultura, inexistência de espaços para a prática esportiva e convívio social, de modo que, essas desigualdades afetam as diferentes dimensões da vida social das crianças e dos adolescentes, em especial em relação a saúde, incluindo a saúde sexual e a saúde reprodutiva, ao uso abusivo de álcool e outras drogas, violências e outros agravos à saúde².

Nesse contexto, é que o acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento das crianças e dos adolescentes não é tão valorizado nos serviços de saúde como fator de prevenção e proteção de doenças resultantes de hábitos não saudáveis como o uso do tabaco, drogas ou agravos devido a violências.

As transformações ao longo do crescimento das crianças e dos adolescentes, tem como padrão uma mudança de comportamento social e muitas vezes sexual, tendo em vista o início dessa fase da vida estar sendo despertada cada vez mais cedo.

Logo, investir em saúde para essa parcela da população, é garantir qualidade de vida, energia, inovação, mão de obra, evitando violências, tomadas de decisões equivocadas, falta de expectativa de vida e outros agravados, devendo o Estado, portanto, garantir os direitos das crianças e dos adolescentes, como medida essencial para o futuro e desenvolvimento do país e para o crescimento desses jovens de forma sadia e positiva.

4 | CONCLUSÃO

Diante do exposto, no atual ordenamento jurídico foi positivado a Constituição Cidadã que estabelece os princípios fundamentais a serem seguidos pelo Estado Democrático de Direito, possuindo atributo de imperativo legal. Logo, os direitos previstos na Carta Magna são convertidos em direitos subjetivos, cabendo aos Entes Federados a tutela desses direitos, de modo que, caso não sejam aplicados de forma efetiva, poderá o cidadão recorrer ao judiciário para ter o seu direito alcançado.

À propósito, diante da pesquisa realizada, permitiu-se inferir que o direito à saúde é fundamental no crescimento e desenvolvimento da criança e do adolescente, estando tal direito garantido pela Constituição Federal e pelo próprio Estatuto da Criança e do Adolescente, estabelecendo o dever do Estado de efetivar o referido direito.

Insta dizer, que o reflexo da aplicação do direito à saúde de forma efetiva atinge as mais diversas esferas da vida da criança e do adolescente, não apenas diminuindo agravos, prevenindo e tratando doenças, mas também auxiliando no bom desenvolvimento humano, na diminuição de desigualdades, no aumento da expectativa de vida e planos para o futuro, bem como nas tomadas de decisões.

Destarte, o direito à saúde da criança e do adolescente, estabelecido nos diplomas

² Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e de Jovens, 2005. Aprovada em 2006 pelo Conselho Nacional de Saúde. No prelo.

legais pós Constituição Federal, como a Lei 8.080/90 e a Lei 8.069/90, que trata do Sistema Único de Saúde e do Estatuto da Criança e do Adolescente, respectivamente, assumiram o papel de garantir as mais complexas vertentes do direito à saúde em se tratando da criança e do adolescente.

Além disso, foi possível inferir da extração dos dados que existem uma grande vulnerabilidade nas crianças e nos adolescentes, sejam elas físicas, mentais, sociais, culturais, políticas, socioeconômicas, que refletem diretamente no futuro desses jovens. Sendo assim, é fundamento o papel do Estado em interveniente nessas situações de vulnerabilidade e privação dos direitos constitucionais, a fim de sanar lacunas existentes na lei e garantir não apenas a igualdade formal, mas também a igual material, em especial quando o assunto é acesso aos serviços de saúde.

Nessa senda, foi constatado a necessidade de se investir em infraestrutura e capacitação na esfera da saúde, melhorando a qualidade dos estabelecimentos e levando a saúde aos mais diversos lugares, especialmente, os mais afastados ou onde é maior as desigualdades sociais, oferecendo aos profissionais cursos e mentorias de capacitação para lidar com as crianças e adolescentes nas mais diversas demandas que esses jovens possuem no tocante a saúde.

Por fim, cabe ressaltar que a necessidade de proteção e cuidado das crianças e dos adolescentes é um dever de todos, principalmente do Estado, que deve nortear as práticas de saúde para esses jovens, contribuindo assim, para a promoção da saúde e garantia dos direitos estabelecidos na Constituição Federal.

O presente artigo expõe um tema que deve ser constantemente debatido no âmbito acadêmico, social e político, buscando sempre a aprimoração dos dispositivos legais existentes e o melhor atendimento da realidade fática vivenciada pelas crianças e pelos adolescentes, alcançando assim, a aplicação prática da norma de forma efetiva e condizente com a vida real dos tutelados, promovendo a igualdade formal e material.

REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE MAGISTRADOS, PROMOTORES DE JUSTIÇA E DEFENSORES PÚBLICOS DA INFÂNCIA E DA JUVENTUDE. São Paulo. Disponível em: <<http://www.abmp.org.br/acervo.php?b=3>>. Acesso em 13 ago 2021.

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

BRASIL. Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996. Regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 15 jan. 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências. Brasília, 2001.

BRASIL. Ministério da Justiça. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990, que dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 16 jul. 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Pesquisa de conhecimento atitudes e práticas na população brasileira, 2004. Brasília, 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Balanço da Saúde: janeiro de 2003 a junho de 2005. Brasília, 2005a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico Aids/DST ano IV, nº 01; julho a dezembro de 2006 e janeiro a junho de 2007. Brasília, 2007. Disponível em: .

BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes e recomendações para o cuidado integral de doenças crônicas não-transmissíveis: promoção da saúde, vigilância, prevenção e assistência. Brasília, 2008a. (Série B. Textos Básicos de Saúde. Série Pactos pela Saúde, v. 08)

BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes operacionais: pactos pela vida, em defesa do SUS e de gestão. Brasília, 2006b. (Série Pactos pela Saúde, v. 1)

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Um olhar sobre o jovem no Brasil. Brasília, 2008b.

BRASIL. Tribunal de Justiça do Rio Grande do Sul. Apelação Cível nº 70018489146. Apelante: Município de Caxias do Sul. Apelado: Ministério Público. Interessado: Estado do Rio Grande do Sul. Relator: Desembargador Luiz Felipe Brasil dos Santos. 13 de junho de 2007. Disponível em: < <http://www1.tjrs.jus.br/site/>>.

DEL-CAMPO, Eduardo Roberto Alcântara; OLIVEIRA, Thales César. Estatuto da Criança e do Adolescente. 6. Ed. São Paulo: Atlas, 2009. 443 p.

DURKHEIM, E. O suicídio. São Paulo: Editora Perspectiva, 1982.

GALDINO, Flávio. Custo dos Direitos. In: TORRES, Ricardo Lob (org.). *Legitimação dos Direitos Humanos*. Rio de Janeiro: Renovar, 2002.

IHERING, Rudolf von. *A luta pelo direito*. São Paulo: Martin Claret, 2008. 96 p.

ISHIDA, Válter Kenjii. *Estatuto da Criança e do Adolescente: Doutrina e jurisprudência*. 9. ed. São Paulo: Atlas, 2008. 507 p.

MITIDIERO, Daniel. *Processo Civil e Estado Constitucional*. Porto Alegre: Livraria do Advogado Editora, 2007. 109 p. SEGUNDO, Rinaldo. *Construindo a relação entre o direito da criança e do adolescente e o direito orçamentário*. 27 de novembro de 2003. Disponível em: <<http://jus.uol.com.br/revista/texto/4541/construindo-a-relacao-entre-o-direito-da-crianca-e-do-adolescente-e-o-direito-orcamentario>>.

NETO, O. C.; MOREIRA, M. R. A concretização de políticas públicas em direção à prevenção da violência estrutural. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 4, n. 1, pp. 33-52, 1999.

OLIVEIRA, G. N. O Projeto Terapêutico e a mudança nos modos de produzir saúde. São Paulo: Hucitec, 2008. PORTELA, V.;

PORTELA, A. V. Gravidez na Adolescência. Brasília. No prelo. SAMPAIO, D. Ninguém Morre Sozinho: o adolescente e o suicídio. Lisboa: Editorial Caminho, 1991.

VENTURA, Miriam. Direitos Reprodutivos no Brasil. São Paulo: [s.n.], 2002. WASELFISZ, J. Mapa da Violência dos Municípios Brasileiros: Sumário Executivo. Brasília: UNESCO, 2008.

WASELFISZ, J. Relatório de Desenvolvimento Juvenil. Brasília: Ministério da Ciência e Tecnologia, 2007.

PRIMEIROS CUIDADOS AO RECÉM-NASCIDO

Data de aceite: 01/11/2023

Danielle Freire Gonçalves

Carolina Soares Chady

Maria Augusta da Silva Queiroz Maia

Ana Luiza Bezerra Furlan

Bárbara Coutinho Morgado

Ana Beatriz Silva Sardinha

Carolyna Tereza Brasil Papaleo

Isis Ksam Stilianidi Garcia

Ana Beatriz Bezerra Furlan

Felipe da Costa Kós Miranda

Fernanda Kós Miranda Furtado

Lucas Stoessel Klautau Sadalla

analítico. Diante do exposto, pode-se concluir a necessidade da implementação e fiscalização de políticas públicas que permitam o periparto e crescimento de forma saudável e humanizada, sendo este um direito constitucional e deve ser garantido pelo Estado e pelos profissionais de saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Recém-nascidos, Cuidados pós-parto, Neonatologia

INTRODUÇÃO

O Ministérios da Saúde, em 2011, instaurou o um programa de promoção em saúde intitulado Rede Cegonha, sendo esta uma rede de cuidados ao recém-nascido e as mulheres, humanizando a assistência em saúde do periparto, crescimento e desenvolvimento, além de garantir o direito reprodutivo das mulheres. Nesse aspecto, a implementação de cuidados eficazes e não prejudiciais durante o parto e nascimento são indubitavelmente necessários para mitigar os índices de violência obstétrica, mortalidade materna e infantil e os déficits de desenvolvimento, sendo responsabilidade do Estado a

RESUMO: Em suma, esse trabalho tem como objetivo principal, demonstrar quais são os primeiros cuidados necessários ao recém-nascido, além disso, tem como objetivo secundário auxiliar futuros estudos acerca da temática proposta. Trata-se de uma revisão integrativa da literatura qualitativa, no modelo descrito-

garantia de tal ato (Campos, 2020).

Ademais, as instituições governamentais desenvolveram a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), com a publicação dos Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno e de outros manejos para o melhor atendimento do binômio mãe-bebe. Dentro dos cuidados recomendados ao Recém-Nascido (RN), destacam-se: cuidado pele a pele, aleitamento precoce, respeito a hora de ouro, avaliação da escala de APGAR, fornecer calor, administração de vitamina K e clampeamento do cordão umbilical (Rogério, 2020).

Em suma, esse trabalho tem como objetivo principal, demonstrar quais são os primeiros cuidados necessários ao recém-nascido, além disso, tem como objetivo secundário auxiliar futuros estudos acerca da temática proposta.

METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, baseado em uma pesquisa qualitativa acerca da temática proposta. Utilizando-se como base de dados a Scielo, Pubmed e BDEnf, além disso, foram delimitados como critérios de inclusão: trabalho disponíveis de forma integral e gratuita, publicados em inglês ou português, periodicidade dos últimos cinco anos e relacionados com os Descritores em Ciências da Saúde (DECS) “recém-nascidos”, “cuidados” e “neonatologia” com o operador booleanos “and”. Para a realização do estudo, foram utilizadas seis etapas, sendo elas: escolha da temática a ser trabalhada, delimitação dos critérios de inclusão, busca nas bases de dados, seleção dos trabalhos encontrados, leitura e análise dos estudos e por fim, compilação dos dados encontrados.

RESULTADOS

O momento do nascimento é marcado por ser altamente relevante na saúde do recém-nascido, em decorrência da relação com os aspectos biológicos, ambientais e culturais. Além disso, o parto necessita de uma assistência integral, qualificada e humanizada, para não haver malefícios para o binômio mãe-bebe, e os primeiros cuidados prestados têm influência direta na morbimortalidade deste grupo (Lima, 2020).

Segundo o Ministério da Saúde do Brasil recomenda os cuidados mínimos necessários no pós-parto imediato para os recém-nascidos de baixo risco, restringindo-se a enxugar, aquecer, avaliar e entregá-lo para a parturiente, com o intuito de ocorrer um contato entre o binômio de forma precoce, ressaltando a amamentação precoce para prevenir agravos e o contato pele a pele para a criação de vínculos, posteriormente havendo os outros cuidados necessários. Entretanto, deve-se haver uma análise minuciosa dos parâmetros vitais de ambos, levando em consideração a escala de APGAR, para não ocorrer intercorrências (Silva, 2020).

Sobre o aleitamento materno para o recém-nascido na primeira hora de vida, trata-se de um manejo indubitavelmente importante para a prevenção de agravos em saúde, visando a imunoproteção e prevenção de icterícia (Campos, 2020). Dito isso, os profissionais de saúde tem grande relevância para a o papel de educador, demonstrando os sinais de boa pega e como fazer uma pega correta, sanando todas as dúvidas da lactante, deixando alguns pontos, como o prejuízo na utilização de mamadeiras e chupetas e a redução do estame precoce para um momento mais oportuno. Ressaltando sempre a importância do respeito ao momento da puérpera, além de compreender as escolhas individuais acerca da amamentação (Furlan, 2021).

Ademais, a Academia Americana de Pediatria recomenda a injeção de vitamina K, logo após o nascimento para todos os recém-nascidos, sendo recomendado uma única injeção de 0,5 a 1mg por via intramuscular, para a prevenção de hemorragias pós-parto relacionados com os níveis baixos dessa vitamina. Em contrapartida, em busca da naturalização do momento do parto, estimula-se a mitigação de intervenções, tornando uma prática menos aceita pelos pais (Nascimento, 2023).

Para a avaliação dos parâmetros de funções vitais do recém-nascido, foi-se desenvolvido o índice de APGAR, utilizando cinco sinais objetivos no primeiro e no quinto minuto de vida. Podendo assim, diagnosticar os casos de asfixia perinatal de forma precoce, além de interferir nesses quadros de forma mais eficiente. Analisando a cor, tônus muscular, irritabilidade reflexa, frequência cardíaca e frequência respiratória. Considerando uma ótima condição quando a nota geral varia entre 8 a 10, entretanto, os índices que demonstram alguma dificuldade no organismo do recém-nascido são equivalentes a leve quando a nota for igual a 7, moderado quando variar entre 4 e 6 e grave quando for inferior a 3. Podendo demandar mais verificações quando a nota for menor que 7, sendo necessário a repetição a cada cinco minutos até a estabilização (Donde, 2019).

CONCLUSÃO

Diante do exposto, pode-se concluir a necessidade da implementação e fiscalização de políticas públicas que permitam o periparto e crescimento de forma saudável e humanizada, sendo este um direito constitucional e deve ser garantido pelo Estado e pelos profissionais de saúde. Além disso, é indubitavelmente necessário a realização de pesquisas científicas que analisam a eficácia de cada cuidado prestado ao RN e o desenvolvimento de novos manejos. Por fim, a realização da capacitação e treinamento dos profissionais neonatologistas para a possibilidade de se realizar um trabalho multiprofissional.

REFERÊNCIAS

CAMPOS, Paola Melo et al. Contato pele a pele e aleitamento materno de recém-nascidos em um hospital universitário. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, v. 41, 2020.

DONDÉ, Juliana Perotoni. Fatores associados ao baixo índice de Apgar no quinto minuto de vida em recém-nascidos. *Medicina-Pedra Branca*, 2019.

FURLAN, Brenda Geovana et al. Cuidados ao recém-nascido e orientações às puérperas no alojamento conjunto. *Research, Society and Development*, v. 10, n. 16, p. e547101624065-e547101624065, 2021.

NASCIMENTO, Alessandra Alves; MIRALHA, Alexandre Lopes. Profilaxia com vitamina K para prevenção da doença hemorrágica do recém-nascido. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, v. 23, n. 3, p. e12321-e12321, 2023.

ROGERIO, Maria Caroline et al. Orientações para puérperas sobre cuidados neonatais no alojamento conjunto em maternidades de risco habitual. *Enfermagem em Foco*, v. 11, n. 1, 2020.

LIMA, Rosana Oliveira de et al. Intervenção de enfermagem-primeiro banho do recém-nascido: estudo randomizado sobre o comportamento neonatal. *Acta Paulista de Enfermagem*, v. 33, p. e-APE20190031, 2020.

SILVAI, Mayane Trindade et al. Cuidado de recém-nascidos por mães adolescentes primíparas no domicílio. 2020.

SORAYA ARAUJO UCHOA CAVALCANTI - Doutorado (2015) e Mestrado (2001) em Serviço Social pela UFPE, Especialista em Serviço Social, Direitos Sociais e Competências Profissionais pela UNB. Atua na Saúde Pública há duas décadas no Sistema Único de Saúde – SUS, acompanhando Discentes e Residentes em Saúde. Coordena a Residência Multiprofissional na Rede de Atenção Psicossocial da Secretaria de Saúde da Cidade do Recife, exercendo a docência em nível de Pós Graduação na modalidade de Residência nas disciplinas de Bioética, Promoção da Saúde, Segurança do Paciente no contexto da Rede de Atenção Psicossocial – RAPS, Política de Saúde e Saúde Mental, Álcool e outras Drogas, dentre outras. Coordena o *Programa de Extensão Saberes e Práticas no SUS: Discutindo Promoção da Saúde*, na Universidade de Pernambuco, com atividades iniciadas em 2016, ainda no formato de projeto de extensão, enquanto devolutiva do processo de doutorado, orientando discentes e Residentes na área de saúde em atividades de extensão universitária incluindo orientação de extensionistas em cursos e eventos de extensão; desenvolvendo atividades formativas – cursos, grupos de estudos, encontros, oficinas e outros – voltadas para a qualificação de recursos humanos e melhoria da qualidade dos serviços prestados à população usuária do SUS. Coordena o Ciclo de Estudos e Debates em Saúde Pública, atividade de extensão, que tem dentre os seus objetivos incentivar a produção acadêmica através de estudos, pesquisas e produção de textos com vistas à popularização da ciência e tecnologia. O *Programa de Extensão Saberes e Práticas no SUS: Discutindo Promoção da Saúde* atua nas seguintes áreas temáticas: Promoção da Saúde, Prevenção e Enfrentamento das Violências, HIV/AIDS no contexto do enfrentamento da Epidemia, Serviço Social e Políticas Sociais no Brasil; Saberes e Práticas nas Mídias. Editora de área temática da Revista Brasileira de Extensão Universitária (RBEU). Editora-chefe da Revista Técnico-Científica do IFSC (RTC). Revisora *ad hoc* de revistas nos campos da saúde e extensão universitária.

A

Ações de promoção à saúde 25

Adolescentes 33, 72, 76, 89, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 101

Atenção primária à saúde 5, 12, 13, 14, 15, 30, 44, 45, 46, 47, 54, 65

C

Calendário Nacional de Vacinação 50

Campanhas de vacinação 48, 50, 52, 53

Conceito saúde 78, 81, 85

Consultório na rua 13, 14, 15, 16, 21, 22

Contato humano 58, 60

Covid-19 44, 48, 49, 50, 51, 52, 55, 79, 83, 84, 86, 87, 88

Crianças 7, 36, 52, 54, 55, 89, 90, 91, 92, 93, 94, 95

Crise sanitária 79, 84

D

Diabetes Mellitus 23, 24, 25, 27, 28, 29, 36, 43

Doença metabólica 23, 25

E

Educação permanente em saúde 13, 14, 15, 21, 40

Escuta qualificada 58

Estado de Direito 90

Estatuto da Criança e do Adolescente 90, 92, 94, 95, 96

F

Federação Internacional de Diabetes 25

G

Gestão das organizações 58

I

Infecção Sexualmente Transmissível 68

M

Ministério da Saúde 6, 7, 8, 11, 21, 45, 50, 62, 65, 75, 76, 91, 95, 96, 99

Movimento da Reforma Sanitária Brasileira 30

Mulheres 5, 6, 8, 11, 36, 68, 69, 73, 76, 98

N

Notificações 68

O

Organização do trabalho 79, 80, 81, 82, 83, 87

Organização Mundial de Saúde 78

P

Perfil organizacional 58

Política Nacional de Atenção Básica 31

Política Nacional de Saúde Integral da População Negra 5, 6, 8, 10, 11, 12

População negra 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12

Práticas humanizadas 58

Programa Nacional de Imunização 48, 49, 50, 52

R

Racismo 2, 3, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11

Racismo institucional 2, 3, 6, 7, 8, 10

Recém-nascido 98, 99, 100, 101

Rede Cegonha 98

Redemocratização 90

S

Sífilis 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77

Sistema Único de Saúde 8, 14, 30, 33, 51, 69, 91, 95, 102

T

Tecnologia educacional 67, 68, 69, 70, 72, 75, 77

Tecnologias 14, 15, 17, 18, 19, 21, 44, 58, 65, 67, 69, 70, 71, 74, 75, 76, 77, 83

Tratamento 2, 7, 10, 27, 69, 74, 75





V

Vacina 50, 51, 52

SAÚDE PÚBLICA & SAÚDE COLETIVA

definições e debates em sua constituição

2

-  www.atenaeditora.com.br
-  contato@atenaeditora.com.br
-  [@atenaeditora](https://www.instagram.com/atenaeditora)
-  www.facebook.com/atenaeditora.com.br

SAÚDE PÚBLICA & SAÚDE COLETIVA

definições e debates em sua constituição

2

-  www.atenaeditora.com.br
-  contato@atenaeditora.com.br
-  [@atenaeditora](https://www.instagram.com/atenaeditora)
-  www.facebook.com/atenaeditora.com.br