



# GESTÃO EM SAÚDE: DIÁLOGOS TEÓRICOS E PRÁTICOS

Prefácio de Edvana dos Santos Ferreira

MANUEL ALVES DE SOUSA JUNIOR  
(ORGANIZADOR)

  
EDITORA  
SCHREIBEN

MANUEL ALVES DE SOUSA JUNIOR  
(ORGANIZADOR)

# GESTÃO EM SAÚDE: DIÁLOGOS TEÓRICOS E PRÁTICOS



EDITORA  
SCHREIBEN

2022

© Do organizador - 2022  
Editoração e capa: Schreiben  
Imagem da capa: Freepik  
Revisão: os autores  
Revisor técnico: Manuel Alves de Sousa Junior

Conselho Editorial (Editora Schreiben):

Dr. Adelar Heinsfeld (UPF)  
Dr. Airton Spies (EPAGRI)  
Dra. Ana Carolina Martins da Silva (UERGS)  
Dr. Douglas Orestes Franzen (UCEFF)  
Dr. Eduardo Ramón Palermo López (MPR - Uruguai)  
Dr. Enio Luiz Spaniol (UDESC)  
Dr. Glen Goodman (Arizona State University)  
Dr. Guido Lenz (UFRGS)  
Dr. João Carlos Tedesco (UPF)  
Dr. José Antonio Ribeiro de Moura (FEEVALE)  
Dr. Leandro Hahn (UNIARP)  
Dr. Leandro Mayer (SED-SC)  
Dra. Marciane Kessler (UFPel)  
Dr. Marcos Pereira dos Santos (FAQ)  
Dr. Odair Neitzel (UFFS)  
Dr. Wanilton Dudek (UNIUV)

*Esta obra é uma produção independente do(s) organizador(es). A exatidão das informações, opiniões e conceitos emitidos, bem como da procedência das tabelas, quadros, mapas e fotografias é de exclusiva responsabilidade do(s) autor(es).*

Editora Schreiben  
Linha Cordilheira - SC-163  
89896-000 Itapiranga/SC  
Tel: (49) 3678 7254  
editoraschreiben@gmail.com  
www.editoraschreiben.com

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

S725g Sousa Junior, Manuel Alves de  
Gestão em saúde : diálogos teóricos e práticos. / Manuel Alves  
de Sousa Junior. – Itapiranga : Schreiben, 2022.  
228 p. ; e-book.  
E-book no formato PDF.  
ISBN: 978-65-89963-61-5  
DOI: 10.29327/560230  
1. Saúde - administração. 2. Saúde – aspectos sociais. 3. Saúde  
pública - Brasil. I. Título.

CDU 614(81)

Bibliotecária responsável Kátia Rosi Possobon CRB10/1782

# SUMÁRIO

|   |    |
|---|----|
| APRESENTAÇÃO.....   | 6  |
| <i>Manuel Alves de Sousa Junior</i>   |    |
| PREFÁCIO.....   | 10 |
| <i>Edvana dos Santos Ferreira</i>   |    |
| PROPOSTA DE OTIMIZAÇÃO DA GESTÃO DE UM SETOR DE SAÚDE EM UMA INSTITUIÇÃO PÚBLICA DO ESTADO DO MARANHÃO..... | 11 |
| <i>Daniella Salomão Prazeres Martins</i>  |    |
| <i>Débora Luana Ribeiro Pessoa</i>  |    |
| REFLEXÕES SOBRE A GESTÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA DE SAÚDE E SUA IMPORTÂNCIA.....                                | 19 |
| <i>Melry Angela Barbosa de Oliveira</i>   |    |
| <i>Débora Luana Ribeiro Pessoa</i>  |    |
| AS CONFERÊNCIAS NACIONAIS DE SAÚDE E SUA IMPORTÂNCIA PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE BRASILEIRA.....               | 30 |
| <i>Maria de Lourdes Leite</i>   |    |
| <i>Barbara Oliveira de Moraes</i>   |    |
| <i>Adalberto Oliveira Brito</i>   |    |
| <i>Silvia Valéria Moreira Rangel</i>  |    |
| <i>Ellen Bilheiro Bragança Wittmann</i>   |    |
| ANÁLISE DAS PRODUÇÕES NACIONAIS SOBRE SAÚDE E MEIO AMBIENTE.....  | 48 |
| <i>Bárbara Oliveira de Moraes</i>   |    |
| <i>Adalberto Oliveira Brito</i>   |    |
| <i>Silvia Valéria Moreira Rangel</i>  |    |
| <i>Rayannie Mendes de Oliveira</i>  |    |
| <i>Nely Sobrinho Silva</i>  |    |
| <i>Deivid Junior Mafra Benigno</i>  |    |

REFLEXÕES SOBRE O ABSENTEÍSMO ENTRE PROFISSIONAIS  
DA SAÚDE QUE ATUAM EM HOSPITAIS.....60

*Luana Gomes Viana*  
*Luziana Soares Ramos*  
*Magno Alberto da Silva*  
*Manuel Alves de Sousa Junior*

BREVES APONTAMENTOS SOBRE A QUALIDADE DE  
VIDA NO TRABALHO E A PROMOÇÃO DA SAÚDE DO  
TRABALHADOR E DA TRABALHADORA.....71

*Evanícia Martins dos Santos*  
*Robson de Jesus Ribeiro*

SISTEMA DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE: FERRAMENTA  
ESTRATÉGICA PARA MELHORIA NO ATENDIMENTO AOS  
PACIENTES DO SUS.....80

*Ireni Moreia de Souza*  
*Livia Maria Tavares*  
*Marianne Almeida Rodrigues*  
*Silvia Valeria Moreira Rangel*  
*Bárbara Oliveira de Moraes*  
*Adalberto Oliveira Brito*

POLÍTICA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL NO CONTEXTO DE  
CRISE SANITÁRIA: DESAFIOS NA EFETIVAÇÃO DO  
ESTATUTO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE.....93

*Robson de Jesus Ribeiro*

IMPACTO DA SAÚDE MENTAL DOS ASSISTENTES SOCIAIS  
ENQUANTO TRABALHADORES ESSENCIAIS NAS AÇÕES DE  
ENFRENTAMENTO NO CONTEXTO PANDÊMICO.....104

*Caroline Oliveira Ferreira*  
*Manuel Alves de Sousa Junior*

EDUCAÇÃO E SAÚDE COMO FERRAMENTA DE PREVENÇÃO  
AO SUICÍDIO NAS ESCOLAS.....123

*Carmen Novais da Silva*  
*Bárbara Oliveira de Moraes*  
*Adalberto Oliveira Brito*  
*Silvia Valéria Moreira Rangel*  
*Ellen Bilheiro Bragança Wittmann*

|   |     |
|---|-----|
| CONTROLE SOCIAL E PARTICIPAÇÃO DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE CARANDAÍ-MG.....   | 138 |
| <i>Uyara Leal Alves</i>   |     |
| <i>Silvia Valéria Moreira Rangel</i>  |     |
| <i>Adalberto Oliveira Brito</i>   |     |
| <i>Nely Sobrinho Silva</i>  |     |
| <i>Douglas Ribeiro Pimenta</i>  |     |
| <i>Deivid Junior Mafra Benigno</i>  |     |
| PERCEPÇÃO DE GESTORES DE SAÚDE ACERCA DO GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS DE SERVIÇOS DESAÚDE.....                                       | 150 |
| <i>Ana Cristina Oliveira de Almeida</i>   |     |
| <i>Weberson da Silva Ferreira</i>   |     |
| <i>Bárbara Oliveira de Morais</i>   |     |
| <i>Kayque Ramon Bezerra Pereira</i>   |     |
| <i>Manassés dos Santos Silva</i>  |     |
| ANÁLISE DO PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE INTERNAÇÕES POR MENINGITES NO BRASIL ENTRE 2018 E 2019.....                                   | 162 |
| <i>Sílvia Leticia Cerqueira de Jesus</i>  |     |
| <i>Manuel Alves de Sousa Junior</i>   |     |
| DESAFIOS DA GESTÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO SUS NO ÂMBITO MUNICIPAL.....  | 178 |
| <i>Dayana de Fátima Silva</i>   |     |
| <i>Débora Luana Ribeiro Pessoa</i>  |     |
| O ISOLAMENTO DENTRO DO ISOLAMENTO: DISCUSSÕES INTRODUTÓRIAS SOBRE A QUESTÃO DO ENVELHECER EM UMA CIDADE DO INTERIOR DA BAHIA..... | 192 |
| <i>Iuri Nobre dos Santos</i>  |     |
| <i>Marcela Mary José da Silva</i>   |     |
| A CULTURA DA AUTOMEDICAÇÃO E O IMPACTO NO ATENDIMENTO OPTOMÉTRICO.....  | 209 |
| <i>Antônio Andrade Miranda</i>  |     |
| POSFÁCIO.....   | 225 |

## APRESENTAÇÃO

A gestão em saúde é uma área muito abrangente, em constante expansão e aperfeiçoamento, além de ser repleta de desafios, sobretudo, no cenário pandêmico que vivemos na contemporaneidade.

Esta obra surgiu como oportunidade de reunir textos, sobretudo, de egressos da especialização de “Gestão em saúde” do IFNMG, além de outros convidados que enriqueceram o livro com suas pesquisas e produções. Neste livro, os autores, em 16 capítulos, buscaram promover diálogos em diversas áreas da gestão em saúde e esperamos que sejam úteis para gestores de saúde pelo Brasil afora.

No primeiro capítulo, **Daniella Salomão Prazeres Martins e Débora Luana Ribeiro Pessoa** em seu estudo intitulado “**Proposta de otimização da gestão de um setor de saúde em uma instituição pública do estado do Maranhão**”, trazem um diálogo interessante sobre a gestão em saúde no Maranhão. Esse tipo de trabalho é importante, pois pode servir de modelo para ser replicado em outros locais.

**Melry Angela Barbosa de Oliveira e Débora Luana Ribeiro Pessoa** trazem no segundo capítulo chamado “**Reflexões sobre a gestão na atenção primária de saúde e sua importância**” importantes reflexões sobre esse componente que está diretamente em contato com a população, que consegue chegar em cada cidade do nosso país, levando assistência e promovendo a saúde das comunidades.

O terceiro capítulo, de autoria de **Maria de Lourdes Leite, Barbara Oliveira de Moraes, Adalberto Oliveira Brito, Silvia Valéria Moreira Rangel e Ellen Bilheiro Bragança Wittmann** traz uma pesquisa intitulada “**Conferências nacionais de saúde e sua importância para a promoção da saúde brasileira, com uma discussão teórica para compreender a influência das Conferências Nacionais de Saúde, ocorridas de 1941 até 2021**”, para demonstrar a articulação entre a sociedade e a gestão pública a partir desse espaço da saúde pública.

No quarto capítulo, **Bárbara Oliveira de Moraes, Adalberto**

**Oliveira Brito, Silvia Valéria Moreira Rangel, Rayannie Mendes de Oliveira, Nely Sobrinho Silva e Deivid Junior Mafra Benigno** revelam a pesquisa intitulada “**Análise das produções nacionais sobre saúde e meio ambiente**”, que teve como propósito apresentar as principais produções disponibilizadas em âmbito nacional, selecionadas por darem ênfase na relação entre saúde e meio ambiente.

Caminhando para o quinto capítulo, **Luana Gomes Viana, Luziana Soares Ramos, Magno Alberto da Silva e Manuel Alves de Sousa Junior**, com o capítulo intitulado “**Reflexões sobre o absentéismo entre profissionais da saúde que atuam em hospitais**”, faz uma análise sobre o afastamento do trabalho de profissionais de saúde e os impactos pessoais e profissionais. Tema de extrema importância para o setor.

Com o sexto capítulo, **Evanícia Martins dos Santos e Robson de Jesus Ribeiro** apresentam o estudo “**Breves apontamentos sobre a qualidade de vida no trabalho e a promoção da saúde do trabalhador e da trabalhadora**”, que apresentam um diálogo importante para o profissional da saúde no seu ambiente laboral.

O sétimo capítulo, por sua vez, escrito por **Ireni Moreira de Souza, Livia Maria Tavares, Marianne Almeida Rodrigues, Silvia Valeria Moreira Rangel, Bárbara Oliveira de Moraes e Adalberto Oliveira Brito** intitulado “**Sistema de informação em saúde: ferramenta estratégica para melhoria no atendimento aos pacientes do SUS**” tem como objetivo primordial apontar a necessidade do fortalecimento em implantação do sistema de informação nos estabelecimentos de saúde para melhor atendimento do paciente.

Já o oitavo capítulo é do autor **Robson de Jesus Ribeiro**, com a pesquisa “**Política de assistência social no contexto de crise sanitária: desafios na efetivação do estatuto da criança e do adolescente**”, em que traz um olhar sobre as demandas do assistente social em meio à crise sanitária do coronavírus causador da COVID-19.

O nono capítulo, de autoria de **Caroline Oliveira Ferreira e Manuel Alves de Sousa Junior** intitulado “**Impacto da saúde mental dos assistentes sociais enquanto trabalhadores essenciais nas ações de enfrentamento no contexto pandêmico**”, traz um relato e discussão interessantes para o profissional de saúde, apresentando os desafios enfrentados na profissão



durante a pandemia da COVID-19.

Já o décimo capítulo, com autoria de **Carmen Novais da Silva, Bárbara Oliveira de Moraes, Adalberto Oliveira Brito, Sílvia Valéria Moreira Rangel e Ellen Bilheiro Bragança Wittmann**, apresentam um artigo chamado **“Educação e saúde como ferramenta de prevenção ao suicídio nas escolas”**, em que o objetivo do trabalho foi compreender as práticas divulgadas na literatura acerca da prevenção e informação relacionada à automutilação e suicídio.

No décimo primeiro capítulo, escrito por **Uyara Leal Alves, Sílvia Valéria Moreira Rangel, Adalberto Oliveira Brito, Nely Sobrinho Silva, Douglas Ribeiro Pimenta e Deivid Junior Mafra Benigno**, chamado **“Controle social e participação do conselho municipal de saúde de Carandaí-MG”**, trazem uma pesquisa com finalidade de descrever o controle social de um Conselho Municipal de Saúde (CMS), no qual configuraram meios de participação social sobre as tomadas de decisão das políticas públicas de saúde no Brasil.

O décimo segundo capítulo, de autoria de **Ana Cristina Oliveira de Almeida, Weberson da Silva Ferreira, Bárbara Oliveira de Moraes e Kayque Ramon Bezerra Pereira, Manassés dos Santos Silva**, intitulado **“Percepção de gestores de saúde acerca do gerenciamento de resíduos de serviços de saúde”**, discute percepções sobre a gestão de resíduos, área de extrema importância para a saúde pública e ainda deficiente em diversos locais do Brasil.

No décimo terceiro capítulo, **Sílvia Letícia Cerqueira de Jesus e Manuel Alves de Sousa Junior** em seu estudo intitulado **“Análise do perfil epidemiológico de internações por meningites no Brasil entre 2018 e 2019”**, os autores trazem um importante perfil para entender o curso da inflamação das meninges em território brasileiro.

**Dayana de Fátima Silva e Débora Luana Ribeiro Pessoa** trazem no décimo quarto capítulo, chamado **“Desafios da gestão da assistência farmacêutica no SUS no âmbito municipal”** importantes reflexões sobre uma área de suma importância para o Sistema Único de Saúde e para a Atenção em Saúde no país.

O décimo quinto capítulo, de autoria de **Iuri Nobre dos Santos e Marcela Mary José da Silva** trazem uma pesquisa intitulada **“O**

**isolamento dentro do isolamento: discussões introdutórias sobre a questão do envelhecer em uma cidade do interior da Bahia**”, traz uma pesquisa sobre o envelhecer, área que demanda atenção especial e muitas vezes é negligenciada nas políticas públicas.

No décimo sexto capítulo, **Antônio Andrade Miranda** revela a pesquisa intitulada “**A cultura da automedicação e o impacto no atendimento optométrico**”, na qual traz uma pesquisa de um importante problema na área de saúde e que possui vários entraves e desafios, a automedicação.

Fica aqui registrado o meu agradecimento a todos os envolvidos que acreditaram na possibilidade desta publicação, como os meus orientandos, os colegas orientadores e demais autores do E-book, além dos profissionais da Editora Schreiben. Um agradecimento especial para a professora **Edvana dos Santos Ferreira** que com muita alegria e entusiasmo aceitou o convite de prefaciar este livro. Edvana foi minha orientadora e professora na Universidade Católica do Salvador a mais de 20 anos atrás tanto na graduação em Biologia quanto na minha primeira especialização (em Análises Clínicas). Tive a honra de ser seu monitor em microbiologia e imunologia por mais de 2 anos, construímos uma relação de amizade que, à época, evoluiu para extramuros da universidade. Para além dos conhecimentos em diversas áreas da biologia e da saúde, pesquisa e extensão, Edvana sempre transmitiu valores morais aos seus orientandos, alunos e monitores, pautados em humanidade, carinho e amor. Com os rumos da minha caminhada profissional, a vida nos levou por vias distintas e nos reencontramos pelas redes sociais na pandemia.

Desejamos a todos boa leitura e que os textos ajudem os leitores a refletir sobre diversos pontos da gestão em saúde e contribuir para um melhor entendimento da saúde no Brasil.

**Manuel Alves de Sousa Junior**

*Biólogo, Historiador, Tecnólogo em Segurança do Trabalho,  
Doutorando em Educação pela Universidade de Santa Cruz,  
Especialista em Análises Clínicas*

*Professor do IFBA campus Lauro de Freitas. Bolsista PROSUC/CAPES*

## PREFÁCIO

A gestão em saúde desperta muitas expectativas e envolve uma série de desafios a serem vencidos. Busca uma transdisciplinaridade e um olhar humanizado para as nuances desse conteúdo complexo e determinante para a promoção da saúde.

Escrever sobre essa área, implica em desvendar uma diversidade de situações que se convive, constantemente, dentro da Saúde Pública. Através de diversos olhares para essas temáticas, foram compilados artigos que apresentam um olhar crítico da realidade e que foram desenvolvidos nessa área de conhecimento.

O gerenciamento é uma ferramenta capaz de promover o aprimoramento de modelos que possam garantir eficiência e melhoria na qualidade de serviços para os indivíduos. Esse *E-Book* apresenta uma diversidade de trabalhos, construídos a partir de uma equipe de docentes e discentes, que abordam a gestão em saúde, trazendo um conjunto de artigos que se propõem a mostrar, desde a área mais ampla da saúde pública, até as consequências geradas pela falta de qualidade nos serviços.

Envolve as possíveis correlações que estão vinculadas ao meio ambiente e a saúde, bem como as interferências de uma má gestão, de modo que são temáticas discutidas no presente livro. Trata de possíveis situações que promovam a qualidade do serviço, no que tange aos tratamentos e a qualidade de vida do profissional, saúde mental, educação e saúde e temáticas que estejam diretamente ou indiretamente relacionadas a gestão em saúde.

Por fim, pensando na diversidade de informações abordadas dentro da área da gestão, convido todos a conhecerem esse E-book e dessa forma descobrirem caminhos que transformem o conhecimento ampliando sua visão e capacitação profissional.

**Edvana dos Santos Ferreira**  
Bióloga, Mestre em Patologia Humana

# PROPOSTA DE OTIMIZAÇÃO DA GESTÃO DE UM SETOR DE SAÚDE EM UMA INSTITUIÇÃO PÚBLICA DO ESTADO DO MARANHÃO

*Daniella Salomão Prazeres Martins<sup>1</sup>*

*Débora Luana Ribeiro Pessoa<sup>2</sup>*

## INTRODUÇÃO

O processo de gestão de organizações e serviços de saúde tem sido bastante discutido na atualidade, seja pela complexidade dos processos de trabalho relacionados a saúde, seja pela necessidade de levar a saúde aos seus mais diversos campos de atuação.

Um gestor de uma unidade de saúde deve sempre prezar pelos adequados processos de gestão, utilizando-se de uma correta avaliação do contexto de trabalho e da utilização de métodos técnicos e científicos que promovam resultados passíveis de mensuração.

A gestão ou ação administrativa pressupõe o desenvolvimento de um processo que envolve as funções planejamento, organização, direção e controle (BRASIL, 2008). A gestão requer gestores com experiência e competência para agir sobre determinadas situações e com habilidade para desenvolver ações. Requer também que os gestores atendam, com eficiência, às novas necessidades e assumam novas responsabilidades com a administração central e com a clientela (COSTA; SALAZAR, 2007).

A administração Pública norteia-se por princípios básicos estabelecidos pela Constituição Federal, Artigo 37, que são os seguintes: legalidade, moralidade, impessoalidade, publicidade e eficiência (BRASIL, 1988).

Um dos caminhos existentes é a implantação de um planejamento

---

1 Psicóloga. Especialista em Gestão em Saúde, Universidade Federal do Maranhão.

2 Farmacêutica. Doutora em Biotecnologia. Professora Adjunta da Universidade Federal do Maranhão. E-mail: debbyeluna2@yahoo.com.br.

estratégico adequado, com foco na análise dos problemas que a instituição apresenta. Planejar é a primeira ação necessária para se criar um contexto de qualidade na prestação dos serviços. Isso envolve algumas etapas, como reuniões para o diagnóstico de problema e levantamento de demandas. Pode parecer uma etapa mais lenta, mas um bom planejamento permite que a instituição trace seu caminho de forma adequada e segura, prevendo inclusive os riscos e demonstrando essa qualidade no produto.

Ao tratar de qualidade, é necessário conhecer o seu significado. A palavra qualidade, origina-se do latim *'qualitate'*. Para Joseph Juran (1999), a sua definição deve estar de acordo com princípios adequados para a implantação da qualidade nas organizações.

Segundo Chiavenato (1994), “qualidade é definida como a capacidade de atender, durante todo o tempo, às necessidades dos clientes.” Atualmente se espera mais que bons serviços, espera-se excelência no atendimento.

A Gestão da Qualidade tem foco na qualidade da produção e dos serviços de determinada empresa. Ela surgiu na Segunda Guerra Mundial, com o termo “Controle de Processos” com finalidade de corrigir os erros dos produtos bélicos (AILDEFONSO, 2007). Posteriormente passou a denominar-se Garantia da Qualidade, com normas específicas para cada etapa. No início do século XX, as pessoas apresentaram-se mais exigentes nas suas avaliações, cobrando qualidade nos produtos, foi quando Frederick Taylor e Ford criaram o Controle de Qualidade (MEDEIROS, 1952).

Nas décadas de 70 e 80, os Estados Unidos e Japão, aprimoraram os processos da qualidade de maneiras distintas, foi quando as organizações do mundo todo implementaram os modelos de Gestão da Qualidade. Dessa forma, surgiram as primeiras certificações em sistema de qualidade. Em seguida, com a abertura de mercado no Brasil, a partir da década de 90, os princípios da qualidade já consolidados romperam as barreiras tático/operacional e passaram a integrar as estratégias organizacionais. Destaca Marshall Junior e colaboradores (2005) que, nessa abordagem contemporânea, a qualidade passou a considerar o cliente e suas necessidades como centro da tomada de decisões.

A capacitação e educação permanente também possibilita a melhoria no atendimento e no acolhimento, assim como no relacionamento

interpessoal, gerando uma maior satisfação para todos os envolvidos.

É cada vez mais frequente a busca de técnicas e ferramentas de gestão utilizadas no setor privado para que a Administração Pública se apresente de forma mais eficiente e mais eficaz na prestação de serviços e assim o termo “qualidade” vem sendo utilizado cada vez com mais frequência no serviço público. Existem cobranças para mais e melhores serviços. De acordo com Hoffmann (2006):

A qualidade no serviço público é de grande interesse do órgão público, uma vez que, assim como a rede privada necessita oferecer serviços para manter-se no mercado, os gestores de órgãos públicos almejam, apesar das limitações estruturais e de gestão, genericamente conhecidas através, por exemplo, da mídia, implementar medidas corretivas que resultem em melhorias da prestação dos serviços. O resultado disso consiste na adoção de uma administração pública gerencial, flexível, eficiente e aberta ao controle social e aos resultados (HOFFMANN, 2006, p. 03).

O princípio fundamental de uma administração eficaz dos serviços de saúde é a disponibilidade de informação oportuna e precisa para a análise, a notificação, o controle e a medição do desempenho. Para a tomada de decisões é essencial contar com um sistema de informação gerencial flexível.

A gestão em saúde é quase tão antiga quanto a Saúde Pública. A Saúde Pública sempre recorreu a várias especialidades e campos de conhecimento, nasceu interdisciplinar (CAMPOS; CAMPOS, 2006).

A gestão pela qualidade engloba preocupação com a qualidade de bens e serviços. Qualidade implica evolução, melhoria contínua de todas as áreas da organização para atingir a desejada produtividade e lucratividade necessárias, sem as quais nenhuma empresa evolui. Desse modo, o futuro de uma empresa ou organização pode ser determinado pela qualidade (NASCIMENTO; LEITÃO; VARGENS, 2006).

No setor de saúde trabalhado, verifica-se a necessidade de que todos, sejam eles funcionários, gestores e usuários, estejam envolvidos no desenvolvimento dos serviços já existentes, fazendo com que a excelência no atendimento se torne uma realidade próxima e acessível a todos. Assim, este plano de ação, busca identificar e propor estratégias para otimizar os serviços oferecidos, gerando maior satisfação e produtividade dos servidores.

A elaboração da proposta de reconhecimento e mapeamento, intervenção e melhoria foi iniciada após um ano de trabalho na instituição. Durante este período foi possível verificar que existem dificuldades encontradas pelos profissionais do setor para que os serviços sejam realizados com melhor qualidade gerando insatisfação por parte da equipe de trabalho assim como por parte dos usuários dos serviços.

A estrutura física, divisão de tarefas, metodologia de agendamento de atendimento, definição de serviços e relações interpessoais, dentre outros são alguns dos motivos que levam a necessidade de melhoria nos serviços.

Acredita-se que com as ações propostas seja possível proporcionar serviços com mais qualidade e satisfação aos usuários e profissionais.

Partindo das considerações até aqui expostas este estudo tem como objetivo realizar uma proposta para otimizar os serviços realizados em um setor de saúde, através de uma intervenção na gestão do setor visando a excelência na qualidade do atendimento.

## **METODOLOGIA**

Este estudo consiste na apresentação de um plano de ação ou intervenção, proposto para um setor de saúde de uma Instituição Pública do Estado do Maranhão, localizado no município de São Luís-MA. Neste Serviço de Saúde existem atualmente: 01 chefe de setor, 01 servidor administrativo, 02 enfermeiras, 02 psicólogos, 03 dentistas, 02 auxiliares de dentista e 03 médicos.

Um plano de ação é um documento no qual são registradas informações sobre as tarefas a serem feitas. A ideia é padronizar o trabalho, de maneira a se criar uma rotina para os colaboradores (SCOPI, 2022).

As intervenções propostas incluem quatro eixos básicos: caracterização das dificuldades, adequação na estrutura física/ composição da equipe, otimização dos serviços oferecidos, ações e divulgação de informativos e material educativo, com um período de execução de 06 (seis) meses.

## **PLANO DE AÇÃO: PROPOSTA DE OTIMIZAÇÃO DA GESTÃO**

Considerando os eixos indicados como intervenções propostas para

plano de ação, são apresentados a seguir as atividades de cada item, a serem executadas.

**- Eixo 1: Caracterização dos problemas.**

Realização de quatro reuniões com periodicidade semanal com a equipe de profissionais, em que serão abordados os seguintes temas:

- Definição e dúvidas sobre os serviços realizados;
- Divisão de tarefas;
- Estrutura física;
- Marcação de consultas;

**- Eixo 2: Adequação na estrutura física e composição de equipe de profissionais.**

Após a identificação das dificuldades, seguindo o planejamento estabelecido, serão realizadas as adequações necessárias na estrutura física, bem como o melhor aproveitamento do espaço de trabalho.

**- Eixo 3: Otimização dos serviços oferecidos.**

Nesta etapa propõe-se a oferta de treinamento para a equipe de trabalho, como por exemplo, de aperfeiçoamento na sua área de atuação e de relações interpessoais, assim como a implantação de serviços visando a melhoria contínua.

**- Eixo 4: Avaliação e acompanhamento das intervenções realizadas.**

Nesta etapa, propõe-se o desenvolvimento de instrumentos, sistemas e documentos técnicos sobre o funcionamento, através de pesquisa de satisfação dos serviços oferecidos e avaliação dos resultados encontrados com os atores envolvidos.

Em seguida, decorridos seis meses do início das intervenções será feito um novo levantamento, ajustando as metas e condutas à situação encontrada.

O quadro 01 apresenta um cronograma de atividades que resume a proposta de intervenção na unidade de saúde.



Quadro 01: Cronograma de atividades para o setor de saúde de uma Instituição Pública, São Luís – Maranhão.

| ATIVIDADES                           | Mês 01 | Mês 02 | Mês 03 | Mês 04 | Mês 05 | Mês 06 |
|--------------------------------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| Identificação dos problemas          | X      | X      |        |        |        |        |
| Análise e planejamento das ações     |        | X      | X      |        |        |        |
| Execução das ações                   |        |        | X      | X      | X      | X      |
| Treinamento com os atores envolvidos |        |        |        |        | X      | X      |
| Divulgação de serviços               |        |        |        |        | X      | X      |
| Acompanhamento das ações realizadas  |        |        |        | X      | X      | X      |

Fonte: autoras (2022).

Com a implementação deste plano de ação, pretende-se atingir as seguintes metas na unidade de saúde:

Identificar 100% das dificuldades encontradas pela equipe de profissionais deste Serviço de Saúde;

Desenvolver um plano de ação que atenda até 90% dos problemas identificados;

Realizar ações de treinamento, desenvolvimento e educação para cada servidor do setor, visando o desenvolvimento de competências, do capital intelectual e melhoria das relações interpessoais;

Promover a agilidade da sistemática de agendamento de consultas em pelo menos 80%;

Proporcionar, pelo menos 90%, de mudanças para atingir a excelência nos serviços oferecidos;

Orientar 100% dos usuários dos serviços do setor de saúde;

Ao considerar os impactos esperados, com as intervenções propostas espera-se maior eficácia, eficiência e efetividade dos serviços oferecidos, através da melhoria da organização interna e divisão de responsabilidades,

melhor produtividade, maior satisfação dos usuários e da equipe de trabalho e conseqüentemente um aumento da qualidade de vida deles.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Planejar e alcançar um maior nível de qualidade é fundamental para que os serviços oferecidos sejam bem-sucedidos. É necessário entender o seu funcionamento a fim de estabelecer as mudanças necessárias e aplicar boas práticas a fim de proporcionar maior eficiência e eficácia.

A identificação, seguida das adaptações necessárias contribuirão para a elevação do desempenho do setor de saúde do órgão público estudado, já que possibilitará uma melhor organização do ambiente de trabalho, melhor clima organizacional e a satisfação dos atores envolvidos, levando a um melhor desempenho deles. A avaliação de desempenho é fundamental para levantar indicadores sobre os serviços oferecidos e ter acesso a dados importantes para identificar as dificuldades a tempo de tomar decisão e melhorar o desempenho.

Desta forma um programa de intervenção na qualidade de gestão do setor de saúde é um aspecto positivo de sucesso na gestão dos serviços públicos devendo ser replicado a toda estrutura da instituição pública como forma de alcançar uma melhor eficiência e aplicação na Gestão Pública contribuindo na melhoria dos serviços públicos prestados à sociedade.

## REFERÊNCIAS

AILDEFONSO, E. C. **Ferramentas da qualidade**. CEFETES. 2007. Disponível em: <ftp://ftp.cefetes.br/cursos/CodigosLinguagens/EAildefonso/FERRAMENTAS%20da%20QUALIDADE%20I.pdf>. Acesso em 05 de junho de 2019.

BRASIL. **Constituição Federal de 1988**. Promulgada em 5 de outubro de 1988. Disponível em [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm). Acesso em 05 de junho de 2019.

BRASIL. Ministério da saúde. Secretária de ciência e tecnologia e insumos estratégicos. Construindo pontes entre a academia e a gestão da saúde pública/Ministério de ciência, tecnologia e insumos estratégicos. Departamento de ciência e tecnologia. – Brasília: Ministério da saúde, 2008. 52p.: – (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. CAMPOS, Rosana Teresa Onocko. **Gestão em Saúde**. Disponível em: <http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/gessau.html><http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/gessau.html>. Acesso em 04 jun. 2019.

CHIAVENATO, Idalberto. **Administração, teoria, processo e prática**. São Paulo: Makron Books, 1994.

COSTA, Maria Bernadete de Souza. SALAZAR, Pedro Eugênio López. **Gestão das mudanças no sistema de saúde pública**. Revista de enfermagem UERJ. 2007 out/dez; 15(4):487-94. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v15n4/v15n4a02.pdf>. Acesso em 04 jun. 2019.

HOFFMANN, A. S. **A percepção da qualidade na prestação de serviços públicos: estudo de caso da Niterói Terminais Rodoviários – NITER**. 2006. 113 f. Dissertação (Mestrado em Administração). Universidade Estácio de Sá. Rio de Janeiro, 2006.

JURAN, J. M. **Quality control handbook**. New York: MacGraw-Hill, 1999.

MARSHALL JUNIOR, Isnard; CIERCO, Agliberto Alves; ROCHA, Alexandre Varanda; MOTA, Edmarson Bacelar. **Gestão da Qualidade**. 6ª ed. Rio de Janeiro: FGV, 2005, p. 1-164.

MEDEIROS, Océlio de. **Taylorismo, faiolismo e fordismo**. Rio de Janeiro: Departamento de Imprensa Nacional, 1952.

NASCIMENTO, Izaura de Jesus; LEITÃO, Rosa Elena Rodrigues; VARGENS, Octávio Muniz da Costa. **A qualidade nos serviços de saúde pública segundo enfermeiros que gerenciam unidades básicas de saúde**. Revista Enfermagem UERJ. Rio de Janeiro. 2006 jul./set;14(3):350-6. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-438691><http://www.facenf.uerj.br/v14n3/v14n3a04.pdf>. Acesso em 03 mai. 2019.

SCOPI. **Plano de ação: o que é e como fazer um para sua empresa**. Disponível em: <https://scopi.com.br/blog/plano-de-acao-o-que-e-e-como-fazer/>. Acesso em 08 de março de 2022.

# REFLEXÕES SOBRE A GESTÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA DE SAÚDE E SUA IMPORTÂNCIA

*Melry Angela Barbosa de Oliveira<sup>1</sup>*

*Débora Luana Ribeiro Pessoa<sup>2</sup>*

## INTRODUÇÃO

A política de atenção primária a saúde demonstra atualmente ser uma política de reorganização do modelo assistencial de saúde. A atenção primária a saúde caracteriza-se por um conjunto de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde e a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. Sendo que para um bom funcionamento das Unidades Básicas de Saúde (UBSs) é necessário suporte administrativo, condições adequadas de infraestrutura, além de instrumentos de organização e de gestão de pessoas. Sendo necessária uma organização da estrutura física, desde a sua funcionalidade e adequação da USB ao atendimento da população associada, sua aderência às resoluções cabíveis (BRASIL, 2006).

Para uma atenção primária a saúde significativa, é importante que se haja uma gestão participativa, visando contribuir para a participação social nas políticas públicas, e para a constituição de espaços onde são construídas proposições coletivas, conforme as demandas da sociedade, visando operacionalizar da melhor forma possível os sistemas de saúde, incluindo a atenção primária (BRASIL, 2012).

Muitos foram os ganhos obtidos, mas há ainda que se trabalhar com um sinergismo maior com os outros setores sociais, visando garantir um melhor desempenho. O objetivo do presente trabalho é analisar a

---

1 Enfermeira, Especialista em Gestão em Saúde, Universidade Estadual do Maranhão.

2 Farmacêutica, Doutora em Biotecnologia, Professora Adjunta da Universidade Federal do Maranhão. E-mail: debbyeluna2@yahoo.com.br.

importância da gestão para a atenção primária de saúde, bem como analisar os fatores facilitadores e dificultadores na gestão em saúde no nível primário.

A problematização do trabalho baseia-se no fato de existirem algumas dificuldades dentro da atenção primária bem como no acesso a mesma por parte da população, bem como dificuldades relacionadas a estrutura física dos locais de atendimento, a formação das equipes e a gestão e organização das redes. Portanto justifica-se a realização deste trabalho com base no fato de que a gestão é um tema atual e de grande relevância, pois é através dele que uma empresa seja pública ou privada, consegue se manter prestando serviços de qualidade.

A problematização do trabalho baseia-se no fato de existirem algumas dificuldades dentro da atenção primária bem como no acesso a mesma por parte da população, bem como dificuldades relacionadas a estrutura física dos locais de atendimento, a formação das equipes e a gestão e organização das redes. Portanto justifica-se a realização deste trabalho com base no fato de que a gestão é um tema atual e de grande relevância, pois é através dele que uma empresa seja pública ou privada, consegue se manter prestando serviços de qualidade. Desta forma, este estudo tem como objetivo analisar a importância da gestão para a atenção primária de saúde.

## **METODOLOGIA**

O presente estudo trata-se de uma revisão de literatura, onde incluiu a análise de pesquisas relevantes que dão suporte para a tomada de decisão e a melhoria da prática clínica, possibilitando a síntese do estado do conhecimento de um determinado assunto, além de apontar lacunas do conhecimento que precisam ser preenchidas com a realização de novos estudos (MENDES et al., 2008). A presente revisão foi realizada acerca do tema: A importância da Gestão na Atenção Primária a Saúde, com o intuito de realizar uma análise de tais fatores que se mostram tão importantes para a população como para os profissionais e atores envolvidos.

O levantamento de trabalhos científicos foi realizado por meio de consulta em bases de dados de relevância para a produção do conhecimento

em saúde: PubMed – *U.S. National Library of Medicine* e SciELO – *Scientific Electronic Librari Online*, onde os artigos selecionados foram dos anos compreendidos entre 2000 e 2016.

Para a realização da pesquisa foram utilizados os seguintes descritores: “Gestão em saúde”, “modelos de gestão”, “gestão na atenção primária”. Os processos de seleção dos artigos científicos foram feitos através dos títulos e resumos, mediante sua relevância ao tema a ser discutido. Foram excluídos artigos que não abordaram o tema, bem com aqueles que não tiveram nenhuma significância dentro do tema proposto.

Após a seleção dos textos foram realizadas leituras atentas dos seus conteúdos e confeccionados resumos de cada artigo selecionado, destacando-se o objetivo do estudo, seus resultados e considerações relevantes deles, analisando-se minuciosamente sua seleção com o propósito da pesquisa de revisão integrativa, e por fim realizou-se a montagem do presente estudo.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados do presente estudo realizados por meio de uma revisão integrativa onde foram encontrados 10 artigos, onde desses 10 artigos foram selecionados 6 para a realização deste trabalho, onde pode –se observar que por meio do presente trabalho que organizar o serviço da atenção básica significa trabalhar questões de adequação física, abastecimento de insumos, manutenção, implantação do processo de trabalho, planejamento, monitoramento e avaliação das ações, construção de redes, protocolos, fluxos, assinatura e acompanhamento de contratos, processos seletivos, treinamentos e capacitações, entre outros. Esses são aspectos que devem ser planejados, executados ou acompanhados pelo gestor de saúde (DUARTE, 2003).

O sucesso de qualquer organização depende, em maior ou menor grau, do empenho de cada um dos seus integrantes. No caso das organizações de saúde, essa observação se aplica de modo radical, porque dependem de seus operadores, em primeiro lugar, onde estas são organizações profissionais onde o saber e as habilidades são formalizados através do processo de formação e as normas definidas pelas associações profissionais (BRASIL, 2000).

Há dois referenciais básicos para uma análise atual da questão gerencial na área de saúde em nosso País: a gravidade da crise de inoperância dos serviços de saúde ante o volume e as exigências de qualidade das demandas sociais e a fragilidade dos paradigmas administrativos em uso nessas organizações. Com esse enfoque não se pretende fugir da velha discussão sobre a relevância das dimensões políticas sobre os aspectos técnicos do planejamento e operação dos serviços de saúde, mas apenas reconhecer uma situação cada dia mais evidente no cotidiano dos estabelecimentos de saúde: o crescimento da demanda por capacidade gerencial (GIOVANELLA, 2005).

O equacionamento dessa demanda por capacidade gerencial inclui, além do delineamento do perfil gerencial desejável e da implementação de estratégias de capacitação adequadas, a busca de novos paradigmas, isto é, a adoção de novos conceitos e novas práticas de gestão, destacando-se aqui os pontos que se referem à organização do trabalho (MENDES, 2009).

Mesmo identificando os avanços na organização da APS no Brasil, desde o início do processo de desenvolvimento do SUS, há que se reconhecer que grandes entraves devem ser superados para que os propósitos explícitos na política nacional possam ser cumpridos e para que possa desempenhar seu papel de organizadora do sistema e coordenadora do cuidado em saúde. Parte desses entraves pode ser atribuída a questões próprias da realidade de cada município ou de cada equipe, o que não necessariamente implica em medidas locais para sua superação (STARFIELD, 2004).

Ainda, no que se refere especificamente à APS, há que se superar um padrão cultural vigente tanto na sociedade como no aparelho formador, na perspectiva de valorizar e legitimar as práticas que aí se desenvolvem. Mas, além disso, reconhece-se que a maior parte desses entraves se constitui em desdobramentos de desafios que devem ser enfrentados pelo SUS na atualidade (TEIXEIRA, 2011).

Entre tantos desafios hoje presentes no SUS, deve-se considerar a superação da fragmentação da oferta de ações e serviços de saúde como prioridade, para que se possa responder adequadamente às necessidades de saúde dos brasileiros nesse momento. O grande desafio parece, pois, estar na construção de um sistema integrado, que, respeitando a autonomia de gestão de cada município, consiga articular suas práticas em âmbito

regional, visando garantir uma atenção de qualidade e a observância de boas práticas administrativas (OMS,2011).

Um segundo grupo de desafios, e talvez o mais importante, como componente estrutural, refere-se aos recursos humanos. Esse desafio inicia-se na gestão da APS nos níveis centrais das três esferas de governo e chega à ponta do sistema como uma dificuldade patente de contratação pelo setor público, de profissionais com perfil adequado ao que se pretende e se espera da APS. Esse grupo de desafios tem raízes no processo de formação dos profissionais, que, apesar dos esforços de mudança consequentes em especial à expansão da SF, persiste distante das necessidades do SUS de integração de conhecimentos clínicos e de saúde coletiva (OPAS, 2011).

É urgente, também, a necessidade de qualificação do processo de educação permanente dentro da perspectiva de atendimento à demanda social, de um sistema de saúde resolutivo e eficiente, aumentando a presença das universidades junto à estratégia de SF. Outro foco é o da capacitação e educação permanente de gestores municipais e locais, que muitas vezes não contempla aspectos da APS, cruciais para o cotidiano das ações desses atores (OMS, 2008).

A importância e a atualidade da gestão em saúde não se medem apenas pelas tendências atuais para a integração dos cuidados de saúde e pelas pressões com vista à crescente e contínua racionalização (econômica, técnica e organizacional) dos serviços de saúde, as quais vão a par com a persistência da sua especificidade como organizações profissionais em que subsistem duas linhas de autoridade, a relação de agência, a fraca ou nula soberania do consumidor etc (CONILL, 2008).

Refiram-se, por fim, e a talhe de foice, os desafios emergentes, para a gestão e para os gestores dos serviços de saúde, que implicam as mudanças que se estão a operar no campo da saúde, a começar pelo próprio alargamento e enriquecimento do conceito de saúde, o envelhecimento da população, a mudança do perfil de morbimortalidade, a oferta excedentária de recursos, o aumento exponencial dos custos, o paradigma da sociedade da informação e do conhecimento, a espiral tecnológica, o papel do Estado e do consumidor, as questões da bioética, da qualidade e da equidade, etc. Tal como a própria medicina, a gestão será sempre uma ciência e uma



arte, com duas componentes que podem ser independentes, mas são sempre complementares: o conhecimento e a ação (OPAS, 2011).

Nessa perspectiva, a estruturação de redes de atenção à saúde, a exemplo do que vem sendo tentado em vários países, visando à consolidação de sistemas de saúde integrados que favoreçam o acesso com continuidade assistencial, a integralidade da atenção e a utilização racional dos recursos existentes, apresenta-se como um caminho possível, principalmente utilizando-se do processo de gestão como instrumento para otimizar a atenção primária a saúde (BRASIL, 2010).

A Política Nacional da Atenção Básica de 2011 define as responsabilidades dos diferentes níveis de gestão do SUS. Estão divididas em responsabilidades gerais e nos níveis federais, estaduais e municipais. Dentre os diversos aspectos abordados, destaca-se: o fortalecimento da ESF como modalidade prioritária na organização da Atenção Básica; a contribuição financeira tripartite (União, estados e municípios) para a Atenção Básica; o estabelecimento dos respectivos planos de saúde, prioridades, estratégias e metas para a organização da Atenção Básica; a qualificação, a valorização e a educação permanente da força de trabalho das equipes; o uso dos Sistemas de Informação no planejamento, no monitoramento e na avaliação da Atenção Básica; o estímulo à participação popular e o controle social.

Esse desenho gerencial conduz as ações voltadas à promoção da saúde e ao desenvolvimento das pessoas na visão da longitudinalidade da Atenção Básica à Saúde (ABS). Sobre esse ponto, Starfield (2004) acrescenta:

[...] a atenção primária se diferencia dos outros níveis assistenciais por quatro atributos característicos: atenção ao primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação. Destes quatro atributos, a longitudinalidade tem relevância por compreender o vínculo do usuário com a unidade e/ou com o profissional. A população deve reconhecer a Unidade como fonte regular e habitual de atenção à saúde, tanto para as antigas quanto para as novas necessidades. Já o profissional deve conhecer e se responsabilizar pelo atendimento destes indivíduos. A longitudinalidade está fortemente relacionada à boa comunicação que tende a favorecer o acompanhamento do paciente, a continuidade e efetividade do tratamento, contribuindo também para a implementação de ações de promoção e de prevenção de

agravos de alta prevalência (STARFIELD, 2004, p. 13).

No tocante aos gerentes, estes deverão adquirir um perfil de liderança situacional, cientes do seu papel de dirigir as atividades para desenvolver as pessoas e levá-las a realizar a contento suas responsabilidades no atendimento à população, ao paciente e à família. O bom andamento dos acontecimentos corre em paralelo às atividades assistenciais e às reuniões administrativas de equipe (DUARTE, 2003).

É preciso estar a par do diagnóstico da comunidade e do epidemiológico, visando à definição da necessidade da população em relação aos assuntos que requerem planejamento e execução das atividades educativas, assistenciais e gerenciais (HARTZ, 2000).

São condições imprescindíveis ao profissional que for gerenciar uma UBS de Saúde da Família: Saber lidar com uma gama de acontecimentos inesperados com usuários na UBS ou no domicílio; relacionar-se com as equipes ampliadas interprofissionais; estar a par de procedimentos médicos assistenciais; intermediar possíveis conflitos em situações inter-relacionais (RAMOS; GRIGOLETTO, 2012).

O gerente desempenha o papel de harmonizar o trabalho da equipe multiprofissional, e a ESF deve participar ativamente dos processos de planejamento, a fim de contemplar as necessidades da população e da equipe de trabalho. A tentativa de descrever o gerenciamento em uma UBS/ESF próximo da realidade do dia a dia não existe em livros de administração. Essa tentativa é fruto de vivência e observação. Destaca-se que, nessas equipes, o gerente deverá trazer ou desenvolver um perfil de liderança, conhecer bem os pressupostos da ESF e como alcançá-los junto aos seus funcionários e à população. São requisitos mínimos para obter um ambiente de trabalho humanizado para alcançar a eficiência e a eficácia.

A atenção primária a saúde caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção a saúde, a prevenção de agravos, diagnósticos, tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde (BRASIL, 2012). Para uma atenção básica significativa, uma gestão participativa pode contribuir para a participação social nas políticas públicas e para a constituição de espaços onde são construídas proposições coletivas, conforme as demandas da sociedade, visando operacionalizar da melhor forma possível os sistemas de saúde, principalmente no

que tange a atenção primária a saúde, que possui como estratégia integrar todos os aspectos dos serviços de saúde (VIEIRA; ZUCCHI, 2011).

A atenção primária a saúde no Brasil demonstra atualmente ser uma política de reorganização do modelo assistencial de saúde, orientada por princípios; muitos foram os ganhos obtidos no setor, mas há ainda que se trabalhar com um sinergismo maior com os outros setores sócios, visando garantir um melhor desempenho (CONILL, 2008). Além disso algumas dificuldades são apontadas, como acesso a saúde em determinadas localidades, a estrutura física dos locais de atendimento, a formação das equipes, e a gestão e a organização da rede, sendo que tais dificuldades se correlacionam com o pouco investimento público em saúde, com a persistência de segmentação no sistema e com a dificuldade de integração dos serviços de atenção básica com outros níveis de atenção.

Uma organização precisa trabalhar em equipe, motivando-a sempre a se comprometer, para que os membros se sintam orgulhosos e desempenhem com maior interesse suas funções e, sendo assim, o planejamento se faz de extrema importância e na atenção básica é fundamental (VIEIRA, 2009).

Uma boa gestão só funciona como realização de um planejamento satisfatório (VIEIRA, 2009), no palco da atenção básica o planejamento é essencial. Segundo Barbosa e Bordani (2005), um plano estratégico requer a implantação de novas ideias, que a organização desenvolve por meio de novas estratégias, sendo também necessário avaliar e reavaliar, executar, ajustar, reajustar e monitorar os processos constantemente.

O processo de gestão tem como desafio a prática, que muitas vezes deve ser adaptada a certa realidade, na área da saúde isso não é diferente, sendo necessárias todas as ações acima citadas para que se obtenha uma atenção primária em saúde adequada. (BARBOSA; BORDANI, 2005).

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Dentro de um amplo campo como a saúde, um planejamento para uma gestão de sucesso é extremamente necessário, em decorrências dos inúmeros problemas que existem nesse setor que possui uma grande relevância para a promoção da saúde individual e coletiva. Atualmente, tanto

conhecimentos quanto as práticas de gestão tornam-se cada vez mais diversificados e complexos, além de mais variáveis, flexíveis e mesmo ambíguas. Com certeza, este não é um campo para prescrições ou mesmo para transposições de experiências. Por mais necessário que seja a identificação de referências estáveis ou mesmo “verdades”, as opções gerenciais tenderão a serem provisórias e questionáveis.

No campo da gestão, seja teoria ou na prática, já é bastante difundida a noção de que os sistemas e serviços de saúde encontram-se entre as organizações mais complexas que existem. Essa noção de complexidade encerra pelo menos duas dimensões. Uma primeira relacionada à organização do trabalho em si, considerando tanto o processo, como o produto. A segunda, em consequência, decorre das exigências para a sua condução, o que significa a coordenação das ações específicas de cada parte desse trabalho, no intento do alcance de produtos e resultados globais em níveis de eficiência. Portanto, a perspectiva de construção de modelos gerenciais aplicável organizações de saúde, forçosamente exige compreensão acerca da natureza particular da sua complexidade.

A criação da Estratégia Saúde da Família representa um avanço para atenção primária a saúde, e é nesse contexto que a gestão planejada deve-se fazer presente, valorizando a busca permanente de novos conhecimentos, garantindo uma assistência qualificada e humanizada.

E na perspectiva de reconhecimento dos fatores facilitadores e dificultadores que os gestores e administradores devem-se ater com maior ênfase, buscando o enfretamento de tais desafios, pois a atenção primária é um processo contínuo com grandes possibilidades de aquisição de excelentes resultados. Avanços na área da saúde são necessários, desde que garantam eficiência, pois se sabe que o desenvolvimento obriga de certa forma a gestão a acompanhar de perto as mudanças, que nem sempre estão voltados a qualidade, mas sempre é uma nova tentativa de adequação do sistema a inovações. Portanto no que se refere a saúde, planejamento e gestão são, inegavelmente, necessários.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Competência para o trabalho em uma Uni-**

**dade Básica de Saúde sob a Estratégia de Saúde da Família:** médico e enfermeiro. Brasília, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica /** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 4.279, de 30 de dezembro de 2010. **Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).** Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica /** Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 110 p.: il. – (Série E. Legislação em Saúde)

BARBOSA, Emerson Rodrigues; BORDANI, Gilberto. Planejamento Estratégico Organizacional. **Revista Eletrônica de Contabilidade.** Santa Maria; v.1, n.2, p. 118-123, fev- 2005.

CONILL, E. M. **Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde:** desafios para a organização de serviços básicos e da estratégia saúde da família em centros urbanos no Brasil. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 24, supl. 1, p. 7-16, 2008.

DUARTE, E. C. **A informação, a análise e a ação em saúde.** Epidemiol. Serv. Saúde., v. 12, n. 2, p. 61-62, jun. 2003. Disponível em: [http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1679-49742003000200001&lng=pt&nrm=iso](http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742003000200001&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 25 mar. 2016

GIOVANELLA, L. A. **Longitudinalidade na Atenção Primária:** avaliando os modelos assistências do SUS. Departamento de Administração e Planejamento de Saúde. Escola Nacional de Saúde Pública, 2005.

HARTZ, Z. 2000 (org.). **Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas.** (1ª reimpressão). Fio-cruz, Rio de Janeiro.

MENDES, Karina Dal Sasso; SILVEIRA, Renata Cristina de Campos Pereira; GALVÃO, Cristina Maria. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem.

**Texto & Contexto - Enfermagem** [online]. 2008, v. 17, n. 4 [Acessado 12 março 2022], p. 758-764. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-07072008000400018>. Acesso em: 12 Jan 2009.

MENDES, E. V. **Agora mais do que nunca – uma revisão bibliográfica sobre Atenção Primária à Saúde**. In: CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. Oficinas de Planificação da Atenção Primária à Saúde nos Estados. Brasília: CONASS, 2009.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE - OPAS. **A atenção à saúde coordenada pela APS: construindo as redes de atenção no SUS - Contribuições para o debate**. Brasília: OPAS, 2011

OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Relatório Mundial da Saúde 2008: **Cuidados de Saúde Primários - Agora mais que nunca**. Genebra: OMS, 2008.

RAMOS, Lais Helena Domingues; GRIGOLETTO, Marcus Vinicius Diniz. **Gestão de serviços de saúde**. Disponível em: [https://www.unasus.unifesp.br/biblioteca\\_virtual/esf/2/unidades\\_conteudos/unidade14/p\\_09.htm](https://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/2/unidades_conteudos/unidade14/p_09.htm). Acesso em: 12 mar. 2022.

STARFIELD, B. **Qualidade dos serviços de atenção primária de saúde**. In: \_\_\_\_\_. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologias. Brasília: UNESCO. (Ministério da Saúde do Brasil, 2004.)

VIEIRA, F.S.; ZUCCHI, P. Avanços e desafios do planejamento no sistema único de saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**. v. 41, n.2, p. 214-22. 2011.

# AS CONFERÊNCIAS NACIONAIS DE SAÚDE E SUA IMPORTÂNCIA PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE BRASILEIRA

*Maria de Lourdes Leite<sup>1</sup>*

*Barbara Oliveira de Morais<sup>2</sup>*

*Adalberto Oliveira Brito<sup>3</sup>*

*Silvia Valéria Moreira Rangel<sup>4</sup>*

*Ellen Bilheiro Bragança Wittmann<sup>5</sup>*

## INTRODUÇÃO

O presente trabalho é fruto de um processo articulado da construção e aprendizagem ao longo da Especialização de Gestão em Saúde, desenvolvido a partir de vivências diárias como profissional de saúde, desde estagiária da Secretaria Municipal de Saúde, de voluntariado na Unidade de Saúde Básica do município e da experiência em hospitais de nível secundário.

Em trabalhos anteriores foi destacada a importância de o profissional

- 
- 1 Especialista em Gestão de Saúde (IFNMG). Bacharel em Enfermagem na Faculdade São Luis de Jaboticabal –SP. marial.leite@gmail.com.
  - 2 Doutoranda no Programa de Pós-graduação em Serviço Social na Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUC-RIO). Mestra em Práticas em Desenvolvimento Sustentável (UFRRJ). Especialista em Gestão Pública (UFSJ) e Gestão em Saúde Pública (UFF). Bacharel em Administração Pública (UFF). bomorais@gmail.com.
  - 3 Especialista em Gestão Pública (UFSJ), Gestão Pública Municipal (UFF) e Gestão em Saúde Pública (UFF). Graduado em Direito (UFRJ/FND) e em Administração Pública (UFF). adalbertooliv@gmail.com.
  - 4 Especialista em Gestão em Pública (UFF), Gestão Pública de Organização e Serviços de Saúde (UFJF), Informação de saúde (UNIFESP), Micropolítica em Gestão de Trabalho em Saúde (UFF) e Auditoria de Sistemas de Saúde (UNESA). silvia-rangelestudos@gmail.com.
  - 5 Mestra em Práticas em Desenvolvimento Sustentável (UFRRJ). Especialista em Tecnologia, Formação de Professores e Sociedade (UNIFEI). ellenbilheiro@ufrj.br.

de saúde discutir temas próximos a sua realidade (SILVA; SCHRAIBER; MOTA, 2019; SOUZA, 2021). Frente à sensibilização que o tema causa, é relevante pensar acerca da influência da elaboração e garantia da efetividade das Políticas Públicas na Saúde Brasileira, tendo em vista os impactos que a sociedade vem sofrendo ao longo dos últimos anos na área.

Esse é um trabalho de cunho teórico, de um esforço bibliográfico e documental, em que a partir de pesquisas atuais, tem-se uma discussão do papel das Conferências no país nos últimos 30 anos. Buscar-se-á compreender sua influência na articulação entre a sociedade e a gestão pública a partir desse espaço das conferências, posto que o marco histórico que esta possui na construção de um Sistema de Saúde que atenda aos reais interesses da população a cada encontro, se mostra primordial (RICARDI; SHIMZU; SANTOS, 2017; 2020).

Este trabalho objetiva, de forma geral, investigar a influência das conferências nacionais, para que a participação social na área desenhasse o modelo institucional do sistema público de saúde como temos atualmente, privilegiando as conferências de 1941 até 2021.

Dialogar sobre esses marcos históricos soa relevante porque, ao longo dos anos, houve um processo de estruturação na Rede Pública de Saúde, nos três níveis de governo (municipal, estadual e federal), que foram influenciados, principalmente, pela Reforma Sanitária que, apoiada nas discussões das Conferências, fortaleceu esse movimento em prol de uma saúde pública mais universal e com propostas estruturadas, por exemplo, na VIII Conferência Nacional de Saúde (1986), que conferiu as bases para a criação do Sistema Único de Saúde.

De forma específica, pretendeu-se compreender os principais relatórios que marcaram a história da Saúde Pública, principalmente, no que tange a influência desses documentos para a democratização da saúde, com verificação prioritária nas bases dados do *site* do Ministério da Saúde, do Conselho Nacional de Saúde, e dos portais da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) e Fundação Nacional de Saúde (FUNASA).

## **METODOLOGIA DA PESQUISA**

No que se refere a finalidade deste trabalho, a pesquisa é aplicada,



uma vez que “objetiva gerar conhecimentos para a aplicação prática, dirigidos à solução de problemas específicos” (PRODANOV; FREITAS, 2013, p. 51). Quanto a sua abordagem, a pesquisa qualitativa foi a que melhor atendeu ao proposto pelo trabalho, uma vez que é caracterizada pelo desenvolvimento de um estudo que supõe um corte temporal-espacial de determinado fenômeno por parte do pesquisador (NEVES, 1996).

Sobre o objetivo, este estudo é exploratório, devido a necessidade de familiarização com o tema, que culminou com o levantamento teórico das produções que deram suporte teórico à pesquisa e serão apresentados na revisão de literatura.

No que se refere ao método empregado, neste estudo é caracterizado por um levantamento bibliográfico que, conforme Gil (2008) é “caracterizada por material já elaborado, constituído principalmente de livros e artigos científicos” (GIL, 2008, p. 44); e de análise documental que, para Sá-Silva, Almeida e Guindani (2009), é um “procedimento que se utiliza de métodos e técnicas para a apreensão, compreensão e análise de documentos dos mais variados tipos” (SÁ-SILVA; ALMEIDA; GUINDANI, 2009, p. 05).

Esse processo exploratório, bibliográfico e documental foi realizado pela busca de materiais científicos na literatura que se relacionassem à temática para ser incorporado à pesquisa. Entre os meses de setembro a novembro do ano de 2021, definiu-se como critério de seleção dos artigos, livros, dissertações e teses identificadas, utilizar os materiais publicados prioritariamente, nos últimos dez anos, de onde foram extraídas informações de caráter científico para a composição do estudo. Os relatórios publicados pelo Conselho Nacional de Saúde, entre 1941 à 2021, foram utilizados como aporte dos dados que foram discutidos de forma qualitativa, para que pudesse demonstrar ao leitor acerca da contribuição das Conferências Nacionais de Saúde ao longo dos anos (BRASIL, 2021a; 2021b; 2021c; 2021d; 2021e; 2021f; 2021g; 2021h; 2021i; 2021j; 2021k).

## **REVISÃO DE LITERATURA**

Nesse tópico serão descritos o percurso teórico que resultou no artigo apresentado. Brevemente, será realizada uma contextualização histórica acerca da Saúde Pública Brasileira, pois sua configuração foi um

processo de luta e movimentação em prol de uma saúde pública que atendesse, em grande parte, aos interesses da população de forma gratuita e acessível a todos que dela necessitarem. Em seguida, a influência das conferências nacionais na saúde pública foi descrita e discutida, apresentando-se as principais discussões provenientes dessa contribuição para a construção do Sistema Único de Saúde (SUS).

### **Contextualização histórica da saúde pública brasileira**

A História da Saúde Pública brasileira é de idas e vindas. Marcadas por sucessivas reorganizações administrativas e edições de muitas normas, nos últimos 90 anos, a sociedade pode acompanhar sucessivas ações, com o objetivo de criar e extinguir diversos órgãos de prevenção e controle de doenças (MENDES; CARNUT, 2020). Para facilitar o resgate histórico, a década de 1930 é vista como um marco de revoluções. Na compreensão de Albuquerque, Franco de Sá e Araújo (2016), a Revolução de 1930 é o marco na história do Estado brasileiro, pois nesse período há uma interferência, em que o Estado passou a intervir na economia e nas relações sociais, ajudado por uma burocratização administrativa com apoio do autoritarismo.

Foi no ano de 1937, no primeiro mandato do presidente Getúlio Vargas, que se estabeleceu no Decreto-lei nº 378, art. nº 90 que:

Ficam instituídas a Conferência Nacional de Educação e a Conferência Nacional de Saúde, destinadas a facilitar ao Governo Federal o conhecimento das atividades concernentes a educação e à saúde, realizadas em todo o País, e a orientá-lo na execução dos serviços locais de educação e de saúde, bem como na concessão do auxílio e da subvenção federais.

Parágrafo único. A Conferência Nacional de Educação e a Conferência Nacional de Saúde serão convocadas pelo Presidente da República, com intervalos máximos de dois anos, nelas tomando parte autoridades administrativas que representem o Ministério da Educação e Saúde e os governos dos Estados, do Distrito Federal e do Território da Acre (BRASIL, 1937, online, n.p.).

Esses espaços eram totalmente reservados para os governos, em que participavam apenas autoridades do Ministério da Educação e Saúde e autoridades dos Estados e do território do Acre, na época, em questão.

Ficou definido que as Conferências ocorreriam a cada dois anos, a partir de 1937, mas somente em 1941 aconteceu a 1ª Conferência de Saúde, com sede no Rio de Janeiro e que será mais bem contextualizada no tópico à frente que se refere às Conferências (SOUZA, 2014).

Nesse mesmo período, ainda na década de 1930, é importante destacar que em virtude de uma instabilidade política e o caos sanitário, doenças como febre amarela, tuberculose, malária e hanseníase afetam constantemente a população. Em seu trabalho, Hochman (2005), menciona que o país passou por uma fase de organização de estrutura dos serviços de saúde implantados, muito pela criação do Ministério dos Negócios da Educação e Saúde Pública via Decreto nº 19.402, de 14/11/1930.

Nesse contexto, os serviços relacionados à saúde pública foram transferidos para o novo Ministério dos Negócios da Educação e Saúde Pública, e até 1940, outras reformas em âmbito nacional ocorreram, atacadas mediante cortes sofridos em várias oportunidades. Mesmo com esses cortes, diferentes ações em prol da promoção da saúde foram realizadas, e em 1953, há a criação do Ministério da Saúde, regulamentado pelo Decreto nº 34.596, de 16 de novembro de 1953 e pela Lei nº 1.920, de 25/7/1953. Foram muitas idas e vindas até a estrutura de Saúde Pública que hoje é conhecida. Para chegar até aqui, foram necessárias manifestações com o envolvimento de diversos atores sociais, sujeitos coletivos e pessoas de destaque, inclusive, da ocupação de Sanitaristas em postos importantes no aparelho de estado.

Um dos principais marcos até aqui é da VIII Conferência Nacional de Saúde, que conferiu as bases para a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Através da organização e manifestação dos diferentes atores sociais, denúncias foram realizadas e demandas exigindo ações de garantia dos direitos da população ganharam corpo (RICARDI; SHIMZU; SANTOS, 2017; 2020).

Na década de 1990, especificamente, em 1991, com a criação da Fundação Nacional de Saúde, avanços foram alcançados, mas no que concerne à saúde preventiva, enquanto Nação, as dificuldades institucionais e administrativas decorrentes da ausência de uma boa gestão pública, preocupada com os interesses reais dos cidadãos, e atrelado ao lento processo de formação de uma consciência dos direitos de cidadania, foram decisivas

para chegar ao cenário atual. (FUNASA, 2021; MENDES; CARNUT, 2020; RICARDI; SHIMZU; SANTOS, 2020).

### **As conferências de 1940 a 2011**

A participação social é um elemento chave para que as demandas da população possam ser atendidas, e nesse processo de acesso aos serviços e ao conhecimento efetivo dos SUS (Sistema único de Saúde), as conferências ganharam cada vez mais espaço, servindo como um local privilegiado para que as discussões sobre a elaboração e efetivação de políticas públicas pudessem ser efetivadas (PIERITZ, 2021).

Acerca da participação social e do controle social, destaca-se que as Conferências de Saúde conquistaram esse espaço e função de atuar como instrumento de controle das instâncias inicialmente, em nível estadual, e com o passar do tempo, transformou-se em espaços democráticos, para que os movimentos sociais pudessem ganhar voz e propor pautas que foram relevantes os avanços da saúde pública brasileira (ALONSO VERA, 2019).

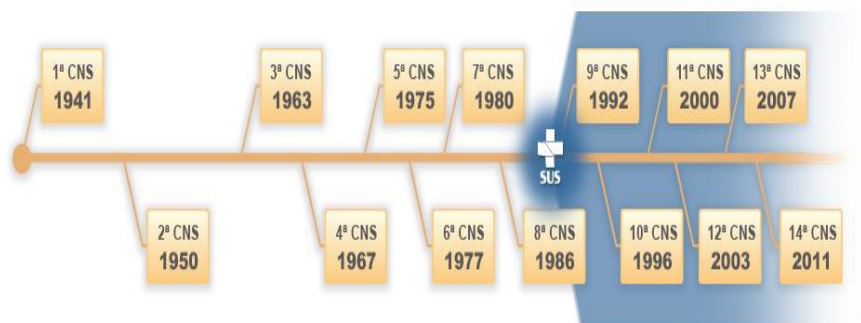
Nesse sentido, as primeiras conferências de saúde ocorridas no Brasil, a partir do ano de 1941 até 1967, destacaram-se pelos debates sobre organização sanitária, municipalização e descentralização. Devido o período ditatorial, as conferências tinham apenas caráter técnico, mas duas décadas depois, em virtude de medidas governamentais que não atendiam aos interesses do cidadão, houve grande insatisfação da população, gerando um movimento que reivindicava por melhorias no sistema de saúde vigente da época, território fértil para o surgimento anos depois, na década de 80 do Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária (CONASP) (SILVA JUNIOR, 2018; CRUZ, 2021).

As Conferências de Saúde eram convocadas através do Poder Executivo ou de forma extraordinária pelo Conselho de Saúde, com o intuito de avaliar as principais situações do país e sugerir diretrizes para criação de políticas de saúde nos três níveis de governabilidade. Assim, as conferências de saúde têm o papel de auxiliar os governos na elaboração de planos de saúde e na escolha de ações prioritárias nas três esferas de governo (COSTA, 2018). Contudo, observa-se que, com o passar dos anos, a

participação social através da articulação da sociedade, permitiu com que fossem garantidos e apresentadas nas pautas, os interesses e necessidades dos cidadãos, respaldados pela pressão da área da Saúde, garantindo várias formas de agir do SUS, visando às melhorias das informações e fortalecimento do sistema (COSTA, 2018; SILVA JUNIOR, 2018; LUZ et al., 2020; CRUZ, 2021).

Para compreender efetivamente a contribuição das conferências, a seguir tem-se uma linha do tempo, contemplando as conferências de saúde que, desde a década 1940, influenciaram o SUS, que é conhecido até hoje, tendo como destaque o período da primeira a décima quarta conferência que ocorreu em 2011. Posterior a esse período, ocorreram outras três conferências que serão brevemente apresentadas mais à frente:

FIGURA 01: Linha do Tempo acerca das conferências de 1941 a 2011:



FONTE: Portal Fiocruz (2021).

Devido a extensão das conferências, e pela figura 01 contemplar quatorze desses eventos, brevemente serão apresentadas as que trouxeram ou representaram maiores avanços à saúde pública brasileira. Tendo a 1ª Conferência como referência, observa-se que sua elaboração ocorreu no ano de 1941, num período em que a saúde era responsabilidade de um ministério integrado, ou seja, o Ministério da Educação e Saúde. Seu relatório foi composto de 20 (vinte) páginas, com descrição sucinta acerca das pautas da época (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2021a).

As outras Conferências deveriam ocorrer a cada 4 anos, mas a 2ª Conferência de saúde ocorreu apenas nove anos depois, em decorrência da

Crise sanitária vivida na época, e há poucos registros oficiais disponíveis, mas o tema se relacionava a higiene e a segurança do trabalho, um tema em constante necessidade de discussões. Treze anos depois, a 3ª Conferência ocorreu no ano de 1963, tendo como temática a Crise Sanitária e a reorganização da Saúde, destacando a descentralização e redefinição do papel do governo nas três esferas governamentais. Diferente da primeira conferência, que tinha vinte páginas como descrição das pautas trabalhadas, nessa conferência, a extensão das discussões foi maior, vide o documento com 219 (duzentas e dezenove) páginas. (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2021b). Esse documento trouxe novas orientações com direcionamento à reorganização do Sistema de Saúde, tendo como representação o governo federal, os estados e territórios.

Observa-se que a ampliação dos atores participantes nessa conferência foi possibilitada, uma vez que os dirigentes puderam ser acompanhados por assessores técnicos. Devido ao golpe militar não foi viável a implementação das propostas discutidas, porém essas deliberações compuseram os debates organizados por movimentos sociais na década de 70 (BESSA, 2019).

Mediada por influência do regime militar, a 4ª Conferência de Saúde aconteceu no ano de 1967, e a participação foi restrita apenas a representantes do Governo, sem que houvesse a participação popular. Nessa época, foi discutido sobre os recursos humanos para as atividades de saúde, da responsabilidade do Ministério da Saúde e a criação de escolas de ensino superior para capacitação dos profissionais de saúde. Nessa conferência, a extensão das discussões foi ainda maior, vide o documento com 296 (duzentas e noventa e seis) páginas (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2021c).

A descrição dessa evolução dos documentos é relevante devido à complexidade das discussões que se apresentaram ao longo dos anos, mas ainda assim, serão apresentadas outras conferências com pautas relevantes, mas com extensão menor em número de páginas. Passados oito anos, a 5ª Conferência de Saúde ocorreu no ano de 1975 e, diferente das conferências até aqui realizadas, foi convocada pelo Decreto nº 52.301, de 27/07/63 e presidida pelo ministro da Saúde, Paulo de Almeida Machado. A temática dessa conferência foi norteada por cinco temas: Implementação

do Sistema Nacional de Saúde; Programa de Saúde Materno-Infantil; Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica; Programa de Controle das Grandes Endemias; e Programa de Extensão das Ações de Saúde às Populações Rurais.

Observa-se a amplitude dos temas que variou desde a implementação do Sistema Nacional de Saúde a divulgação dos programas que seriam articulados a partir de então. Destaca-se que a referida Conferência contou com a participação de membros do Conselho de Desenvolvimento Social e de representantes de todos os ministérios da área social, além dos de Planejamento e Fazenda (Decreto n. 91.982, de 25/11/85). O documento proveniente dessa conferência totalizou 121 (cento e vinte uma) páginas, reforçando o exposto sobre quantidade não representar necessariamente avanços ou qualidade das ações discutidas e articuladas (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2021d).

Nesse contexto, a 6ª Conferência de Saúde foi a que ocorreu no período com menor intervalo, dois anos após a 5ª Conferência de Saúde. Nessa oportunidade, foi também direcionado a avaliação e análise de estratégias de implantação de programas governamentais, a diferença foi a abordagem sobre a necessidade de uma Política Nacional de Saúde, em que se privilegiou a divulgação de várias demandas sociais listadas para que a democratização de processos decisórios pudesse ter início nesse período.

Os temas desta conferência foram: a Situação atual do controle das grandes endemias; Operacionalização dos novos diplomas legais básicos aprovados pelo governo federal em matéria de saúde; a Interiorização dos serviços de saúde; e a Política Nacional de Saúde. O documento proveniente dessa conferência totalizou 165 (cento e sessenta e cinco) páginas, trazendo pela terceira vez a possibilidade de apresentação de trabalhos acadêmicos que foram publicados nos anais do evento (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2021e).

A 7ª Conferência em Saúde aconteceu no ano de 1980, convocada através do Decreto n. 84.106, de 2/09/1979. Em sua pauta, foi discutido as extensões das ações de saúde através dos serviços básicos e assim como a segunda conferência, não há registros sobre a pauta discutida. Seis anos depois, a que se tornaria um marco para a saúde pública do país, ocorreu

a 8ª Conferência que aconteceu no ano de 1986, através do decreto nº 91.466 de 23/07/1985. Essa conferência é um marco, pois foi o momento em que mudanças ocorreram a partir de contornos mais claros, devido a ampliação do tipo de autores envolvidos. Em seu relatório, as diretrizes e a reorganização da saúde foram a pauta discutida e, dentre os assuntos principais, a Saúde como direito; a reformulação do Sistema Nacional de Saúde; e, o Financiamento do setor se apresentaram em evidência.

O documento proveniente dessa conferência totalizou 29 (vinte e nove) páginas, trouxe mais uma vez a possibilidade de apresentação de trabalhos acadêmicos que foram publicados nos anais do evento, mas se destacou, principalmente, por ocorrer em um contexto democrático, conferindo um novo caráter às conferências de saúde: o de ser o espaço de participação da sociedade civil nas deliberações sobre as políticas de saúde brasileira (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2021f).

Pela primeira vez, as conferências que vieram a partir da oitava, passaram a respeitar o intervalo de quatro anos entre a realização de uma e outra, um fortalecimento das pautas e temas foi sendo criado, pois a ideia de Reforma Sanitária que ampliava o conceito de saúde pública foi aprovada desde a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), através da Constituição de 1988, mas principalmente, nas leis que vieram posteriormente: Leis Orgânica de Saúde nº 8.080/90 e a nº 8.142/90 (BRASIL, 1988; BRASIL, 1990a; BRASIL, 1990b).

Esses dispositivos legais estabeleceram a universalidade do direito à saúde, a participação da comunidade na gestão do SUS e instituíram as Conferências e os Conselhos de Saúde como instâncias colegiadas do SUS, representando um importante avanço. A partir de então, as conferências que ocorreram em 1992, 1996, 2000, 2003 e 2007, caminharam no sentido de fomentar as ações com o objetivo de consolidar e aprimorar o Sistema Único de Saúde (BESSA, 2019).

Foi a partir da 9ª Conferência que houve a divisão dos temas, fixando em cada encontro, num primeiro momento, o tema geral e específico. Mais à frente, a partir da 11ª Conferência, em 2000, passou a ter um tema central e eixos temáticos para serem aprofundados nas discussões de cada conferência (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2021g). Sobre os temas trabalhados de 1992 a 2007, tem-se:



**9ª conferência (1992)** Tema central: Municipalização é o caminho. Temas específicos: 1. Sociedade, governo e saúde; 2. Implantações do SUS; 3. Controle social; 4. Outras deliberações e recomendações;

**10ª conferência (1996)** Temas: 1. Saúde, cidadania e políticas públicas; 2. Gestão e organização dos serviços de saúde; 3. Controle social na saúde; 4. Financiamento da saúde; 5. Recursos humanos para a saúde; e 6 Atenção integral à saúde;

**11ª conferência (2000)** Tema central: Efetivando o SUS – Acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social.

1. Controle social; 2. Financiamento da atenção à saúde no Brasil; 3. Modelo assistencial e de gestão para garantir acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde, com controle social;

**12ª conferência (2003)** Tema central: Saúde direito de todos e dever do Estado, o SUS que temos e o SUS que queremos. Eixos temáticos: 1. Direito à saúde; 2. A Seguridade Social e a saúde; 3. A intersetorialidade das ações de saúde; 4. As três esferas de governo e a construção do SUS; 5. A organização da atenção à saúde; 6. Controle social e gestão participativa; 7. O trabalho na saúde; 8. Ciência e tecnologia e a saúde; 9. O financiamento da saúde; 10. Comunicação e informação em saúde;

**13ª conferência (2007)** Tema central: Saúde e qualidade de vida, políticas de estado e desenvolvimento Eixos temáticos: 1. Desafios para a efetivação do direito humano à saúde no Século XXI: Estado, sociedade e padrões de desenvolvimento; 2. Políticas públicas para a saúde e qualidade de vida: o SUS na Seguridade Social e o pacto pela saúde; 3. A participação da sociedade na efetivação do direito humano à saúde (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2021h, online, n.p.).

Os documentos de cada conferência apresentaram novamente uma quantidade diferenciada de páginas. A 9ª conferência (1992) teve as considerações da conferência realizada em 43 (quarenta e três) páginas; a 10ª conferência (1996) em 89 (oitenta e nove) páginas; a 11ª conferência (2000) em 199 (cento e noventa e nove) páginas; a 12ª conferência (2003) com 232 (duzentos e trinta e duas) páginas; e, a 13ª conferência (2007) com 246 (duzentas e quarenta seis) páginas.

A relevância desses registros e a questão da mensuração das discussões se tornam essenciais de acompanhar, pois conforme os temas trabalhados e as participações, observou-se que o caráter de cada eixo, por exemplo, foi mais bem trabalhado. Demonstrando que a divisão entre tema central e eixos trouxe ainda mais avanços para as pautas discutidas,

principalmente, pela interseccionalidade que já se apresentava à época (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2021h):

FIGURA 02: Registros fotográficos da 14ª Conferência (2011)



FONTE: Conselho Nacional De Saúde (2021i).

No que se refere a 14ª Conferência de Saúde, que aconteceu em 2011 (figura 02), esta foi considerada o marco dos movimentos sociais pela saúde, a começar pela proposição do tema: “Todos Usam o SUS! SUS na Seguridade Social - política pública, patrimônio do povo brasileiro”. O documento proveniente dessa conferência, totalizou 230 (duzentas e trinta) páginas e seu objetivo foi discutir a política nacional de saúde, segundo os princípios da integralidade, da universalidade e da equidade (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2021i).

### As conferências de 2015 a 2021

Dando continuidade às principais conferências que ocorreram no país, tem-se em 2015, a 15ª Conferência em Saúde, cujo tema central foi: “Saúde pública de qualidade para cuidar bem das pessoas: direito do povo brasileiro”. Esse foi um ano marcado pela realização de outras quatorze

conferências nacionais, setoriais e temáticas, com o objetivo de mobilizar milhares de pessoas frente a diferentes perspectivas e diversos desafios, destacando principalmente, o intuito de aproximar a agenda reivindicatória da sociedade à agenda dos governos eleitos (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2021j).

Conforme o Documento Orientador de apoio aos debates da 15ª Conferência Nacional de Saúde, disponibilizado em 2015, o país enfrentava um desafiante ambiente político-social, devido à crise econômica e política que favorecia propostas conservadoras e antidemocráticas, colocando em risco os pilares do Estado de Direito e os avanços políticos e sociais das últimas décadas. Nesse documento, ao longo das 31 (trinta e uma) páginas, foi ressaltado acerca da exigência do Estado se comprometer efetivamente, tal como os governos e a sociedade, em busca da defesa da democracia e da cidadania (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2021j).

Ao retratar a importância da democracia para a garantia de uma saúde pública eficiente, a 16ª Conferência ocorreu em 2019, no momento em que o SUS resistia às graves ameaças sofridas, devido ao contexto de retrocessos sociais. como tema central “Democracia e Saúde” foi a pauta prioritária os eixos temáticos: Saúde como Direito, Consolidação dos Princípios do SUS e Financiamento do SUS. Chamada de 8ª + 8. A proposta temática do evento foi resgatar a memória da 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, que representou um marco acerca da participação social na saúde, visto que ocorreu em âmbito nacional, aberto à sociedade.

Embora todas as conferências sejam relevantes, a 8ª é um marco histórico, porque a democracia participativa e o SUS, através desse grande encontro da população brasileira, em Brasília, gerou as bases para a seção “Da Saúde” da Constituição Brasileira, em 1988. O documento proveniente dessa conferência totalizou 256 (duzentas e cinquenta e seis) páginas e seu objetivo foi para além do resgate histórico, 33 anos após a realização da 8ª CNS, colocar o controle social de forma central nos debates numa agenda muito próxima daquela de 1986, sendo os eixos escolhidos para a 16ª CNS (= 8ª + 8) os mesmos (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2021k).

Sobre a próxima Conferência, que está marcada para ocorrer de 2 a

5 de julho de 2023, o tema “Garantir Direitos e Defender o SUS, a Vida e a Democracia – Amanhã Vai Ser Outro Dia”, traz uma importante contribuição ao período que mundialmente é vivenciado: a pandemia pelo novo coronavírus, SARS-CoV2, chamado popularmente de COVID-19 e que, só no Brasil, até a elaboração deste trabalho, infelizmente, causou a morte de mais de 613 mil pessoas. (BRASIL, 2021a; BRASIL, 2021b).

Esperar que amanhã seja um outro dia, é de fato a esperança necessária para o enfrentamento a dias tão críticos quanto os vivenciados nos dois últimos anos, desde que o contexto pandêmico invadiu as vidas brasileiras e de milhares de países no globo.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo do trabalho foi possível dialogar acerca do papel das conferências nacionais na saúde pública brasileira, principalmente, porque desde a década de 1940, a saúde pública como a conhecemos foi modificada, ganhando novos contornos através do processo de mobilização da sociedade e de movimentos sociais que, articulados, pressionaram a cada encontro por pautas mais inclusivas, que atendessem aos interesses da sociedade.

Através da figura do SUS, o cidadão conquistou novas formas de ter o atendimento a sua saúde e, mesmo após intensos e reiterados ataques, se mostrou mais forte e vivo, ainda que ameaçado constantemente. Como ressaltado acerca do período atual que o mundo inteiro vivência, em um contexto pandêmico, com mais de 600 mil mortes por COVID-19 só no Brasil, o SUS se mostrou visivelmente mais necessário, e resgatar o sentido dessa saúde enquanto direito, que se concretiza como uma política pública necessária e que possibilitou os avanços de (sobre)vivência a uma parcela da sociedade que morreria sem acesso a mínimo de cuidado, foi relevante e atendeu aos objetivos propostos inicialmente dessa pesquisa.

A cada nova Conferência, foi possível observar um aumento na participação da sociedade civil, na discussão dos temas de forma central e específica, garantindo com que a definição de políticas de saúde sejam cada vez mais democráticas. Esses espaços privilegiados que a sociedade civil possui para discutir e apontar soluções para os problemas que envolvem

a saúde da população brasileira, precisam ser defendidos e (re)conhecidos constantemente, pois fortalece o SUS e possibilita que velhas e novas discussões sejam reiteradamente vistas com a prioridade necessária para desencadear uma saúde pública ainda melhor.

## REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, Tales Iuri Paz; FRANCO DE SÁ, Ronice Maria Pereira; ARAÚJO, José Luiz do Amaral Correia de. Perspectivas e desafios da “nova” Política Nacional de Promoção da Saúde: para qual arena política aponta a gestão? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, p. 1695-1706, 2016.

ALONSO VERA, Hilda Maricel et al. **A participação social nos planos estaduais de saúde da região sul-quadrilênio 2012/2015: uma análise dos projetos antagônicos em disputa**. 2019.

BESSA, Raylayne Ferreira. **Atuação do Conselho de Saúde do Distrito Federal na reforma da atenção primária à saúde**. 2019. Tese de Doutorado. Fundação Oswaldo Cruz. Escola de Governo Fiocruz Brasília. Brasília, DF, Brasil.

BRASIL. **Decreto Lei nº 378 de 13 de janeiro de 1937. Institui a criação da Conferência Nacional de Educação e a Conferência Nacional de Saúde**. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1930-1939/lei-378-13-janeiro-1937-398059-publicacaooriginal-1-pl.html> Acesso em: 25 nov. de 2021.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para assuntos jurídicos. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm) Acesso em: 25 nov. de 2021.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para assuntos jurídicos. Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990. (1990a). **Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências**. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/L8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm) Acesso em: 25 nov. de 2021.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para assuntos jurídicos. Lei nº 8142, de 28 de dezembro de 1990. (1990b). **Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na**

**área da saúde e dá outras providências.** Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/LEIS/L8142.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8142.htm) Acesso em: 25 nov. de 2021.

BRASIL. Portal Institucional. **COVID – 19 Painel Coronavírus**, 2021a. Disponível em: <https://covid.saude.gov.br> Acesso em: 25 nov. de 2021.

BRASIL. Portal Institucional. SUSCONNECTA, Notícias, 2021b. **17ª Conferência Nacional de Saúde será realizada em julho de 2023.** Disponível em: <http://www.susconecta.org.br/17a-conferencia-nacional-de-saude-sera-realizada-em-julho-de-2023> Acesso em: 25 nov. de 2021.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (CNS, 2021a). **RELATÓRIO DA 1ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1941.** Disponível em: [http://www.conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio\\_1.pdf](http://www.conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_1.pdf) Acesso em: 25 nov. de 2021. Acesso em: 25 nov. de 2021.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (CNS, 2021b). **RELATÓRIO DA 3ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1963.** Disponível em: [http://www.conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio\\_3.pdf](http://www.conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_3.pdf) Acesso em: 25 nov. de 2021.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (CNS, 2021c). **RELATÓRIO DA 4ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1967.** Disponível em: [https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/anais\\_4\\_conferencia\\_nacional\\_saude.pdf](https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/anais_4_conferencia_nacional_saude.pdf) Acesso em: 25 nov. de 2021.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (CNS, 2021d). **RELATÓRIO DA 5ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1975.** Disponível em: [http://www.conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio\\_5.pdf](http://www.conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_5.pdf) Acesso em: 25 nov. de 2021.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (CNS, 2021e). **Relatório da 6ª conferência nacional de saúde, 1977.** Disponível em: [http://www.conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio\\_6.pdf](http://www.conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_6.pdf) Acesso em: 25 nov. de 2021.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (CNS, 2021f). **Relatório da 8ª conferência nacional de saúde, 1986.** Disponível em: [http://www.conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio\\_8.pdf](http://www.conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_8.pdf) Acesso em: 25 nov. de 2021.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (CNS, 2021g). **Relatório da 9ª conferência nacional de saúde, 1992.** Disponível em: [http://www.conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio\\_9.pdf](http://www.conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_9.pdf) Acesso em: 25 nov. de 2021.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (CNS, 2021h). **Linha do tempo das conferências nacionais de saúde**. Disponível em: <https://cesrj.com/linha-do-tempo-das-conferencias-nacionais-de-saude> Acesso em: 25 nov. de 2021.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (CNS, 2021i). **Relatório da 14ª conferência nacional de saúde, 2011**. Disponível em: [http://conselho.saude.gov.br/14cns/docs/Relatorio\\_final.pdf](http://conselho.saude.gov.br/14cns/docs/Relatorio_final.pdf) Acesso em: 25 nov. de 2021.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (CNS, 2021j). **Documento orientador da 15ª conferência nacional de saúde, 2015**. Disponível em: [http://conselho.saude.gov.br/web\\_15cns/docs/05mai15 Documento\\_Orientador\\_15CNS.pdf](http://conselho.saude.gov.br/web_15cns/docs/05mai15 Documento_Orientador_15CNS.pdf)

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (CNS, 2021k). **Relatório da 16ª conferência nacional de saúde, 2019**. Disponível em: [http://conselho.saude.gov.br/16cns/Relatorio\\_16CNS.pdf](http://conselho.saude.gov.br/16cns/Relatorio_16CNS.pdf) Acesso em: 25 nov. de 2021.

COSTA, Flavio De Souza. **Análise da participação social no sistema único de saúde (sus), a luz do papel dos conselhos municipais de saúde: uma revisão integrativa**. 2018. Tese de Doutorado. Centro Universitário de João Pessoa.

CRUZ, Ângela Cristina da. **Política de saúde e serviço social no distrito sanitário. goiânia-goiás-2020**. 2021.

FIOCRUZ, PORTAL INSTITUCIONAL. **Linha do Tempo: Conferências Nacionais de Saúde**. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/linha-do-tempo-conferencias-nacionais-de-saude> Acesso em: 25 nov. de 2021.

FUNASA, PORTAL INSTITUCIONAL. **Conferências**. Disponível em: <http://www.funasa.gov.br/cronologia-historica-da-saude-publica> Acesso em: 11 nov. 2021.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

HOCHMAN, Gilberto. Reformas, instituições e políticas de saúde no Brasil (1930-1945). **Educar em revista**, n. 25, p. 127-141, 2005.

LUZ, Helder Corrêa et al. Democratização da saúde: desafios da municipalização e descentralização administrativa relacionado a participação e controle social. **Brazilian Journal of Development**, v. 6, n. 1, p. 508-523, 2020.

MENDES, Áquilas; CARNUT, Leonardo. Capital, Estado, crise e a saúde pública brasileira: golpe e desfinanciamento. **Ser Social**, v. 22, n. 46, p.

9-32, 2020.

NEVES, José Luis. Pesquisa qualitativa: características, usos e possibilidades. **Caderno de pesquisas em administração**, São Paulo, v. 1, n. 3, p. 1-5, 1996.

PIERITZ, Vera Lúcia Hoffmann. Maiêutica-Serviço Social. **Maiêutica-Serviço Social**, v. 7, n. 1, 2021.

PRODANOV, Cleber Cristiano; FREITAS, Ernani Cesar de. **Metodologia do trabalho científico**: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico-2ª Edição. Editora Feevale, 2013.

RICARDI, Luciani Martins; SHIMIZU, Helena Eri; SANTOS, Leonor Maria Pacheco. As Conferências Nacionais de Saúde e o processo de planejamento do Ministério da Saúde. **Saúde em Debate**, v. 41, p. 155-170, 2017.

RICARDI, Luciani Martins; SHIMIZU, Helena Eri; SANTOS, Leonor Maria Pacheco. Conferências de saúde: metassíntese de boas práticas, obstáculos e recomendações a partir de experiências no Brasil, 1986-2016. **Saúde e Sociedade**, v. 29, 2020.

SÁ-SILVA, Jackson Ronie; ALMEIDA, Cristovão Domingos de; GUINDANI, Joel Felipe. Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. **Revista brasileira de história & ciências sociais**, v. 1, n. 1, p. 1-15, 2009.

SILVA JUNIOR, Renê Ferreira da. **“Saber ser, saber conhecer, saber”**: compreendendo as vivências, saberes e as práticas pedagógicas de preceptores em um Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família. 2018.

SILVA, Marcelo José de Souza; SCHRAIBER, Lilia Blima; MOTA, André. O conceito de saúde na Saúde Coletiva: contribuições a partir da crítica social e histórica da produção científica. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 29, 2019.

SOUZA, Cinoélia Leal. **As relações entre saúde e ambiente nas práticas de promoção da saúde**. 2021.

SOUZA, Naiara Prato Cardoso de. **A 3ª conferência nacional de saúde (1963): antecedentes para um sistema nacional de saúde público e descentralizado**. 2014. Tese de Doutorado. Casa de Oswaldo Cruz.



# ANÁLISE DAS PRODUÇÕES NACIONAIS SOBRE SAÚDE E MEIO AMBIENTE

*Bárbara Oliveira de Moraes<sup>1</sup>*

*Adalberto Oliveira Brito<sup>2</sup>*

*Silvia Valéria Moreira Rangel<sup>3</sup>*

*Rayannie Mendes de Oliveira<sup>4</sup>*

*Nely Sobrinho Silva<sup>5</sup>*

*Deivid Junior Mafra Benigno<sup>6</sup>*

## INTRODUÇÃO

A questão da saúde ambiental, segundo Beserra e colaboradores (2010), tem sido vista como o conjunto de condutas voltadas para a preservação do meio ambiente, que norteia a ética nas relações sociais e auxilia para a compreensão da realidade dos problemas que afetam diretamente a sociedade e o meio ambiente.

- 
- 1 Doutoranda no Programa de Pós-graduação em Serviço Social na Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUC-RIO). Mestra em Práticas em Desenvolvimento Sustentável (UFRRJ). Especialista em Gestão Pública (UFSJ) e Gestão em Saúde Pública (UFF). Bacharel em Administração Pública (UFF). bomorais@gmail.com.
  - 2 Especialista em Gestão Pública (UFSJ), Gestão Pública Municipal (UFF) e Gestão em Saúde Pública (UFF). Graduado em Direito (UFRJ/FND) e em Administração Pública (UFF). adalbertooliv@gmail.com.
  - 3 Especialista em Gestão Pública (UFF), Gestão Pública de Organização e Serviços de Saúde (UFJF), Informação de saúde (UNIFESP), Micropolítica em Gestão de Trabalho em Saúde (UFF) e Auditoria de Sistemas de Saúde (UNESA). silviarangelstudios@gmail.com.
  - 4 Mestranda em Gestão de Ensino da Educação Básica da Universidade Federal do Maranhão (PPGEEB - UFMA). rayannie92@gmail.com
  - 5 Especialista em Psicopedagogia Institucional e Gestão Escolar (ISESJT). nelysobrinhosilva@gmail.com.
  - 6 Especialista em Gestão de Impactos Ambientais (ANHANGUERA). Graduado em Gestão Ambiental (UNIPLI). deividjr.mafra31@gmail.com.

Devido ao intenso processo de urbanização, a que Gouveia (1999) chama de acelerado, são diversos os impactos ambientais e na saúde da população mundial. No contexto brasileiro, observa-se que, em prol de um modelo de desenvolvimento insustentável, há milhares de pessoas que, devido suas condições de renda – por serem mais pobres – residem em áreas periféricas, que são áreas que não oferecem nenhum tipo de acesso a saneamento, coleta seletiva, atenção à saúde, mobilidade urbana, moradia adequada, educação e outros (ALVES, 2017).

Ao falar de um modelo de desenvolvimento dito insustentável, Korb e Claro (2009), citam as interferências que a degradação ambiental produz na saúde da população, uma vez que atribuem a esse modelo de desenvolvimento, voltado para a produção e consumo em larga escala, o gerador de condições precárias a parcelas significativas da população mundial (KORB; CLARO, 2009).

Desse modo, classes menos favorecidas estão expostas a diversos contaminantes ambientais (lixo, poluição do ar, água inadequada ao consumo, poluição de rios e lagos) e, por essa razão, há riscos e agravos à saúde coletiva que merecem atenção e estudos (SOUZA; ANDRADE, 2014). Camponogara, Kirchof e Ramos (2008) fizeram o levantamento das produções na área de meio ambiente e saúde, destacando que as produções foram realizadas de forma isolada e fragmentada, sendo que na época, os dados da pesquisa ilustraram a não valorização da diversidade, ao tratar das questões ambientais e que, interdisciplinaridade e intersectorialidade na análise da interface saúde meio ambiente, não se faziam presentes.

A partir desses apontamentos, a seguinte questão norteou este trabalho: Qual o cenário das produções científicas no âmbito nacional que dão ênfase na relação entre saúde e meio ambiente? Essa pesquisa se justifica pela necessidade de se investigar as recentes discussões acerca do tema, visto que a última revisão sistemática com o mesmo enfoque foi realizada no ano de 2008, e nos últimos anos, produções valorizando as questões criticadas e apontadas anteriormente, podem ter se modificado ao longo desses doze anos.

Neste contexto, o objetivo geral deste trabalho é realizar uma revisão sistemática de literatura, a partir das teses e dissertações, disponibilizadas

no portal CAPES e na Biblioteca Virtual em Saúde (BIREME), para que sejam mapeadas as produções científicas acerca das principais produções que relacionem saúde e meio ambiente.

Inicialmente, foi realizada uma pesquisa para identificação do volume de produções acerca do tema disponível nas bases já citadas, sendo considerados os títulos e os resumos dos trabalhos, utilizando-se como palavras-chave: saúde AND meio ambiente; saúde pública AND meio ambiente; sustentabilidade AND saúde; referente aos últimos cinco anos, no período de 2015 a 2020. Optou-se por uma pesquisa mais restrita devido à infinidade de produções nas bases de dados pesquisadas e o curto tempo para a realização deste trabalho. Ainda mais, este artigo está dividido em cinco seções: (1) Introdução, (2) Metodologia, (3) Resultados e discussões, (4) Considerações finais, e Referências.

## **METODOLOGIA**

Para atingir os objetivos propostos no estudo, esta pesquisa caracteriza-se como uma discussão de cunho teórico, delineada predominantemente, a partir da pesquisa documental que, segundo Cechinel e colaboradores (2016), possuem elementos de análise, que variam de acordo com a análise de cada pesquisador, iniciando-se pela “avaliação preliminar de cada documento, realizando o exame e a crítica do mesmo”. Assim, este trabalho constitui-se de uma revisão sistemática de literatura, que se apoiou nos preceitos de Botelho, Cunha e Macedo (2011). Segundo esses autores, para a revisão, devemos percorrer cinco etapas desassociadas, que se referem a: 1) estabelecer a questão e os objetivos da pesquisa; 2) estabelecer os de critérios de inclusão e exclusão dos trabalhos que serão ou não utilizados na pesquisa; 3) definição das informações que serão extraídas dos trabalhos selecionados; 4) análise e interpretação dos resultados e 5) apresentação da revisão com síntese do conhecimento. (BOTELHO; CUNHA; MACEDO, 2011).

Num primeiro momento foi realizada uma coleta de dados, proveniente da busca no banco de teses e dissertações do portal CAPES e na Biblioteca Virtual em Saúde (BIREME). Justifica-se a escolha de pesquisa nesses portais, devido à vasta produção científica disponibilizadas nesses

sítios eletrônicos. Acerca do levantamento das publicações, este foi realizado a partir dos seguintes descritores: saúde AND meio ambiente; saúde pública AND meio ambiente; sustentabilidade AND saúde; compreendendo as publicações referentes aos últimos cinco anos (2015 a 2020). A busca dos trabalhos científicos que comporão esse trabalho foi realizada no período de 26 de fevereiro a 02 de março de 2020.

No que se refere ao caráter descritivo da pesquisa, apoia-se em Andrade (2002, p. 23), que alega ser esse o meio de se “observar os fatos, registrá-los, analisá-los, classificá-los e interpretá-los sem interferência do pesquisador”. A partir da busca realizada, foi feita a leitura de cada resumo e, posteriormente, cada pesquisa foi lida de forma completa, para que fosse verificada a pertinência das publicações e a inclusão e exclusão dos materiais utilizados.

Devido ao caráter da pesquisa, foi realizado também um levantamento temático, visando à identificação de potenciais categorias por linhas de convergência. Deu-se preferência a trabalhos que contemplaram publicações na área da saúde e saúde pública com interface em meio ambiente e sustentabilidade.

## **RESULTADOS E DISCUSSÕES**

Inicialmente, foram apresentados os dados relativos às informações, captadas do portal da Biblioteca Virtual da Saúde (BIREME), relativos a publicações que são categorizadas no portal como gerais, e que se referem às publicações da área da saúde, com exceção da área da enfermagem, totalizando com os descritores utilizados 155 publicações.

A partir dessas publicações, foi realizada a leitura de cada um dos títulos e dos resumos das produções. Levando-se em consideração o atendimento ao critério de inclusão estabelecido, foram encontrados 41 (quarenta e um) trabalhos que, depois de lidos em sua totalidade, permitiram um refinamento e uma seleção mais criteriosa. Dos trabalhos iniciais, permaneceram 3 (três) selecionados, como se vê na Tabela 01.

TABELA 01: Principais considerações dos trabalhos selecionados no BIREME

| <b>AUTORES</b>   | <b>TÍTULO</b>  | <b>OBJETIVOS</b>  | <b>ANO</b> |
|--|--|---|------------|
| <b>Maria,<br/>Natasha<br/>Ceretti</b>  | Uma tipologia em saúde ambiental para a Macrometrópole Paulista (MMP): subsídios para o planejamento e a gestão socioambiental regional. | Estabelecer uma tipologia em saúde ambiental para os municípios que compõem a MMP considerando uma matriz de indicadores em saúde ambiental denominada de Força-Motriz-Pressão-Situação-Exposição-Efeito-Ações (FPSEEA) em consonância com os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS). | 2019       |
| <b>Gomes,<br/>Adriana<br/>Magalhães;<br/>Bittar,<br/>Olímpio<br/>José<br/>Nogueira<br/>Viana;<br/>Fernandes,<br/>Adhemar<br/>Dizioli</b> | Sustentabilidade na Saúde: água e seu consumo.   | Monitorar e comparar o consumo de água nos Hospitais de Ensino em São Paulo com levantamento bibliográfico em outros países.  | 2016       |
| <b>Villardí,<br/>Juliana<br/>Wotzasek<br/>Rulli</b>  | A vigilância em saúde ambiental no Brasil: uma reflexão sobre seu modelo de atuação: necessidades e perspectivas.                        | Trazer reflexões sobre os caminhos da vigilância em saúde ambiental (VSA), seu histórico, conceito, teoria e alternativas metodológicas, que geram informação para tomada de decisão e inclui possibilidades de interpretação e transformação da realidade.                                   | 2015       |

Fonte: Os autores

No que se refere às publicações no portal BIREME, tem-se como significativas apenas três publicações, sendo duas teses e um artigo, publicado em periódico. A plataforma subsidia uma vasta publicação, como vídeos, publicações em livros e capítulos de livros, até artigos com apenas duas páginas. Quanto ao levantamento das dissertações e teses defendidas no Brasil e que estão disponibilizadas no portal da Capes, em que há publicações de diversas áreas do conhecimento, foram encontradas, inicialmente, 481 resultados. Ao realizar o refinamento da pesquisa, referente às publicações concentrados nos últimos cinco anos, foram excluídos em um

primeiro momento 269 trabalhos. Através da leitura dos títulos e resumos, uma nova seleção foi realizada. Dos 212 trabalhos disponibilizados no Banco de Teses e Dissertações (BDTD) da Capes, foram descartadas 203 publicações, por não corresponderem ao critério da pesquisa, restando 5 (cinco) produções, como demonstra a Tabela 02:

Tabela 2. Principais considerações dos trabalhos selecionados no BDTD da CAPES

| <b>Autores</b>  | <b>Título</b>  | <b>Objetivos</b>  | <b>Ano</b> |
|---|--|---|------------|
| <b>Dantas,<br/>Marina<br/>Kolland</b>                               | Análise da gestão ambiental no Estado de São Paulo: Programa Município VerdeAzul, gastos públicos e indicadores de saúde.                                      | Avaliar a gestão ambiental nos municípios paulistas a partir dos resultados da política pública do PMVA, relacionando-os com os gastos públicos e as condições de saúde da população. | 2016       |
| <b>Duarte,<br/>Juliana<br/>Lucia</b>                                | Influência da variabilidade climática e das alterações ambientais na ocorrência de doenças sensíveis ao clima em uma capital da Amazônia Ocidental brasileira. | Estudar o comportamento da ocorrência das principais doenças sensíveis ao clima da região frente à variabilidade climática, no município de Rio Branco, entre os anos de 2000 e 2013. | 2017       |
| <b>Fernandes,<br/>Fabiola<br/>Ramos</b>                             | A saúde no processo de urbanização: desafios para a sustentabilidade urbana.   | Identificar qual o impacto para a sustentabilidade urbana que se pode extrair do entrelaçamento do trinômio meio ambiente urbano, saúde e urbanização.                                | 2016       |
| <b>Hort,<br/>Juliane<br/>Vanderlinde</b>                            | Sustentabilidade e saúde pública: relatos de médicos sobre patologias associadas ao uso de agrotóxicos – o caso do município de Marechal Cândido Rondon – PR.  | Analisar a relação de doenças com o uso de agrotóxicos.   | 2015       |
| <b>Pereira,<br/>Rita de<br/>Cassia<br/>Salviana de<br/>Oliveira</b> | Saúde e ambiente: a água para o consumo humano em assentamentos rurais.  | Demonstrar a importância da análise da qualidade da água para a saúde humana em assentamentos rurais.   | 2016       |

Fonte: Os autores.

No que se refere às publicações no portal da CAPES, tem-se como significativos apenas setes publicações, sendo a maioria, 71,4%, dissertações e apenas 28,6% teses. Apontamos, a partir de agora, as principais considerações das publicações selecionadas no BIREME e portal CAPES. Fruto da pesquisa de Maria (2019), o trabalho intitulado “Uma tipologia em saúde ambiental para a Macrometrópole Paulista (MMP): subsídios para o planejamento e a gestão socioambiental regional”, destacou que são insuficientes os dados em nível municipal acerca dos indicadores relacionados à qualidade urbana e dos habitantes, refletindo uma situação no contexto da saúde limitante. Na visão da autora, as relações entre sociedade e saúde deveriam ser mais bem consolidadas em indicadores que refletissem os impactos, tanto no contexto ambiental quanto na saúde e sustentabilidade no ambiente urbano, sendo indissociáveis os desdobramentos econômico e social nos aspectos de saúde da população (MARIA, 2019).

Ao tratar das questões da água e seu consumo, o trabalho de Gomes, Bittar e Fernandes (2016) intitulado, “Sustentabilidade na Saúde: água e seu consumo”, identificou a necessidade do fortalecimento das produções na área de saúde, uma vez que não há uma divulgação adequada voltada a necessidade da gestão da água com enfoque na efetividade do seu consumo. Para os autores, é necessário um monitoramento do consumo da água através do estabelecimento de metas setoriais, buscando o incentivo de ações inovadoras que se convertam em atitudes a serem adotadas pelos hospitais em geral, desde universitários ou de ensino a hospitais conveniados ou vinculados a escolas médicas. Tal iniciativa visa reduzir o consumo e controlar o desperdício de água no ambiente hospitalar, uma vez que sem estratégias voltadas a um consumo eficiente pode-se ocorrer desperdícios (GOMES; BITTAR; FERNANDES, 2016).

No trabalho intitulado “A vigilância em saúde ambiental no Brasil: uma reflexão sobre seu modelo de atuação: necessidades e perspectivas” (VILARDI, 2015), tratou-se das relações entre a saúde e o ambiente no âmbito das atribuições do Sistema Único de Saúde (SUS) como um desafio no cuidado coletivo, para que seja realizada “a identificação, a prevenção, o controle e recomendações de processos envolvidos na exposição humana às situações ambientais que possam gerar impacto e consequências negativas para a saúde humana”.

Vilardi (2015) descreveu que a integração do SUS depende da existência de áreas estratégicas para que sejam estruturadas políticas de promoção da saúde, interligando-a as ações de Vigilância em Saúde Ambiental e de Vigilância em Saúde do Trabalhador, para que sejam ajustadas conforme a necessidade de cada município.

Na pesquisa de Dantas (2016), intitulada “Análise da gestão ambiental no Estado de São Paulo: Programa “Município VerdeAzul”, gastos públicos e indicadores de saúde”, a autora apontou acerca dos impactos negativos que os efeitos das mudanças climáticas, da destruição da natureza, da poluição das nascentes, da insegurança alimentar e de outros fatores relacionados ao desenvolvimento insustentável, se relacionam diretamente as políticas econômicas, sociais e políticas que norteiam as decisões na sociedade. Para a autora, é crescente os problemas relacionados à saúde da população, que está atrelado, em sua opinião, a ausência de intervenções públicas para que as decisões, voltadas à melhoria da população, sejam tomadas.

Além disso, Duarte (2017), em seu trabalho intitulado “Influência da variabilidade climática e das alterações ambientais na ocorrência de doenças sensíveis ao clima em uma capital da Amazônia Ocidental brasileira”, concorda com Dantas (2016), ao atribuir a variabilidade climática e as alterações ambientais à responsabilidade pela ocorrência de eventos que trouxeram prejuízos ambientais que, como consequência, influenciou para que a saúde da população – principalmente a mais pobre – fosse afetada. A autora apresentou um retrato do crescimento desordenado da população e sua ocupação do espaço urbano, destacando os problemas decorrentes da ausência de condições dignas como o acesso à moradia e alimentação adequada. Como ponto chave da pesquisa, foi reforçada a importância da ampliação dos temas de saúde com o enfoque das discussões inerentes a vulnerabilidade socioambiental e que tratem da urbanização da pobreza, que tem como consequência a transmissão, segundo a autora, de doenças que se expandem e afetam os mais vulneráveis (DUARTE, 2017).

Conforme a pesquisa de Fernandes (2016), intitulada “A saúde no processo de urbanização: desafios para a sustentabilidade urbana”, são descritos como indissociáveis os laços que unificam saúde e meio ambiente. Na compreensão da autora, os efeitos de uma urbanização desenfreada,



que teve como companhia impactos ambientais significativos, afetaram a saúde humana diretamente sem que houvesse controle.

No decorrer das produções, percebe-se que até o presente momento, há uma lacuna que ainda precisa ser preenchida e que pode ser mais bem explorada pelos gestores públicos como a execução de políticas públicas de saúde que estejam atreladas a práticas mais efetivas (DANTAS, 2016; DUARTE, 2017; FERNANDES, 2016). Na compreensão de Fernandes (2016) é preciso que seja feito um resgate, tal que haja:

harmonia entre ambiente urbano e saúde através de práticas e planejamentos urbanos e assegurar a sobrevivência no planeta, cumpre avançar na compreensão da real situação presente. Faz-se necessária a análise dos impactos da urbanização na relação “homem/meio ambiente urbano/saúde” para refletir sobre a sustentabilidade do hoje e do futuro (FERNANDES, 2016).

No decorrer da pesquisa de Hort (2015), intitulada “Sustentabilidade e saúde pública: relatos de médicos sobre patologias associadas ao uso de agrotóxicos – o caso do município de Marechal Cândido Rondon (PR)”, a autora traçou uma discussão acerca do uso dos agrotóxicos e os problemas de saúde desencadeada por esse uso descontrolado. Na visão da autora, o uso de agrotóxicos se constitui em uma atividade que a contaminação tanto do ambiente de produção quanto da prática trabalhista é intencional. No decorrer do trabalho, foi ressaltada a importância de uma conscientização relacionada à saúde humana e ambiental, em que a divulgação das possibilidades da agricultura orgânica como alternativa ao modelo hegemônico de produção, pautado no uso de agrotóxico no Município de Marechal Rondon, foi caracterizada como uma oportunidade de busca por uma melhor qualidade de vida para a população, se constituindo em um exemplo de produção em práticas sustentáveis (HORT, 2015).

Na pesquisa de Pereira (2016), intitulada “Saúde e ambiente: a água para o consumo humano em assentamentos rurais”, o contexto rural foi evidenciado, ressaltando a importância da elaboração de políticas públicas que estejam voltadas para o desenvolvimento de tecnologias agroecológicas, para que comunidades camponesas possam sobreviver enfrentando as limitações de produção existente. Para a autora, há uma crise ambiental, que é reflexo do modelo capitalista de produção e que influencia, não

apenas o campo econômico, mas também social, aprofundando a crise no modelo de desenvolvimento rural.

No que se refere às questões de saúde pública, foram apontados os seguintes pontos: há a necessidade de ações intersetoriais, para que haja o atendimento de demandas que contemplem o acesso a saneamento rural, moradia e saúde ambiental. Assim, se a população rural tiver acesso a uma política pública de saúde, é possível vislumbrar um futuro ecologicamente sustentável (PEREIRA, 2016).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo do trabalho, foi possível descrever a relevância das publicações em bases relevantes de pesquisa, como o BDTD da CAPES e a BIREME, destacando as principais contribuições dessas pesquisas. As publicações no contexto dessa pesquisa permitiram visualizar as discussões mais recentes entre saúde e meio ambiente, no qual foi destacada a necessidade de se melhorar a qualidade de vida da população, investindo-se em melhorias no meio ambiente para que, conseqüentemente, a melhoria na saúde seja efetivada.

Como limitação deste estudo, destaca-se a pesquisa em apenas duas bases, além de poucas publicações referentes ao tema. Assim, como sugestão para novos estudos, aponta-se: envolver novas bases nacionais e internacionais, para que seja possível mapear as múltiplas publicações disponibilizadas no mesmo período, por exemplo. Contudo, foi possível verificar que há pontos fortes que se repetem no decorrer das pesquisas, como a influência do modelo capitalista e as escolhas de consumo e produção que impactam na vida em sociedade.

Além disso, no âmbito da saúde pública, foi demonstrada a existência de uma lacuna de novas pesquisas que ainda precisa ser preenchida e que se refere às práticas dos gestores públicos na execução de políticas públicas de saúde que estejam atreladas a práticas mais efetivas.

## REFERÊNCIAS

- ALVES, João Batista. **A face oculta do lixo**. Mecenaz Editora, 2017.
- ANDRADE, Maria Margarida de. Como preparar trabalhos para cursos

de pós-graduação: noções práticas. In: **Como preparar trabalhos para cursos de pós-graduação: noções práticas**. 2002. p. 118-118.

BESERRA, Eveline Pinheiro et al. Educação ambiental e enfermagem: uma integração necessária. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 63, n. 5, p. 848-852, 2010.

BOTELHO, Louise Lira Roedel; DE ALMEIDA CUNHA, Cristiano Castro; MACEDO, Marcelo. O método da revisão integrativa nos estudos organizacionais. **Gestão e sociedade**, v. 5, n. 11, p. 121-136, 2011.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, 5 de outubro de 1988.

CAMPOGARA, Silviomar; KIRCHHOF, Ana Lucia Cardoso; RAMOS, Flávia Regina Souza. Uma revisão sistemática sobre a produção científica com ênfase na relação entre saúde e meio ambiente. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, n. 2, p. 427-439, 2008.

CECHINEL, André et al. Estudo/análise documental: uma revisão teórica e metodológica. **Revista Criar Educação**, v. 5, n. 1, 2016.

DANTAS, Marina Kolland. **Análise da gestão ambiental no estado de São Paulo: Programa Município VerdeAzul, gastos públicos e indicadores de saúde**. 2016. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo.

DUARTE, Juliana Lúcia. **Influência da variabilidade climática e das alterações ambientais na ocorrência de doenças sensíveis ao clima em uma capital da Amazônia Ocidental brasileira**. 2017. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo.

FERNANDES, Fabíola Ramos. **A saúde no processo de urbanização: desafios para a sustentabilidade urbana**. Belo Horizonte, 2016. 222 f. Dissertação (Mestrado) – Escola Superior Dom Helder Câmara.

GOMES, Adriana Magalhães; BITTAR, Olímpio JNV; FERNANDES, Adhemar Dizioli. Sustentabilidade na Saúde–Água e seu Consumo. **Revista de Gestão em Sistemas de Saúde**, v. 5, n. 1, p. 76-85, 2016.

GOUVEIA, Nelson. Saúde e meio ambiente nas cidades: os desafios da saúde ambiental. **Saúde e sociedade**, v. 8, p. 49-61, 1999.

HORT, Juliane Vanderlinde. **Sustentabilidade e saúde pública: relatos médicos sobre patologias associadas ao uso de agrotóxicos – o caso do município de Marechal Cândido Rondon (PR)**. Universidade Estadual Do Oeste Do Paraná, 2015, 99 p. Dissertação de Mestrado.

KORB, Arnildo; CLARO, João Antônio Simões. **Saúde ambiental:** concepções e interpretações sobre meio ambiente e sua relação com a saúde humana. São Paulo, 2009.

MARIA, Natasha Ceretti. **Uma tipologia em saúde ambiental para a Macrometrópole Paulista (MMP):** subsídios para o planejamento e a gestão socioambiental regional. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo, 2019.

PEREIRA, Rita de Cássia Salviana de Oliveira. **Saúde e ambiente:** a água para o consumo humano em assentamentos rurais. 2016.

SOUZA, Cinoélia Leal de; ANDRADE, Cristina Setenta. Saúde, meio ambiente e território: uma discussão necessária na formação em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, p. 4113-4122, 2014.

VILLARDI, Juliana Wotzasek Rulli et al. **A Vigilância em Saúde Ambiental no Brasil:** uma reflexão sobre seu modelo de atuação: necessidades e perspectivas. Tese de Doutorado. 2015.

# REFLEXÕES SOBRE O ABSENTEÍSMO ENTRE PROFISSIONAIS DA SAÚDE QUE ATUAM EM HOSPITAIS

*Luana Gomes Viana<sup>1</sup>*

*Luziana Soares Ramos<sup>2</sup>*

*Magno Alberto da Silva<sup>3</sup>*

*Manuel Alves de Sousa Junior<sup>4</sup>*

## INTRODUÇÃO

Absenteísmo, também chamado de absentismo ou ausentismo, são termos que se referem à ausência do profissional no trabalho. O termo é utilizado para denominar o período de afastamento laboral que se consente como a incapacidade do profissional (CHIAVENATO, 2009). Gestores de Recursos Humanos (RH) enfrentam inúmeros contratempos com a ausência temporária do trabalhador de suas funções trabalhistas, o que leva a prejuízos na produção, elevando os custos da assistência e sobrecarregando outros funcionários (MORAES, 2018). Determinar os fatores que

- 
- 1 Bacharel em Nutrição pela UFVJM. Especialista em Gestão em saúde - Instituto Federal do Norte de Minas Gerais, campus Diamantina. E-mail: lgvnutricionista@gmail.com.
  - 2 Técnica em Segurança do Trabalho/Galileu. Tecnóloga em Segurança do Trabalho/UNIPAC; Pós-graduada em EAD/IFNMG, Especialista em Gestão em Saúde/ IFNMG, campus Diamantina. E-mail: luziana.ifnmg@gmail.com.
  - 3 Técnico em Segurança no Trabalho/Vital Brasil. Graduado em gestão da qualidade/UMA. Pós-graduado em gestão de projetos e negócios/Pitágoras. Graduado em medicina veterinária – UNIBH. Especialista em Gestão em saúde/IFNMG. E-mail: magno.medicoveterinario@gmail.com.
  - 4 Biólogo, Tecnólogo em Segurança do Trabalho, Especialista em Análises Clínicas, Doutorando em educação pela UNISC, Professor do Instituto Federal da Bahia/IFBA campus Lauro de Freitas. Bolsista PROSUC/CAPES modalidade 2. E-mail: manueljunior@ifba.edu.br.

levam e causam o absenteísmo é de suma importância, considerando que esta pode causar efeitos na qualidade do atendimento prestado (PINTO et al., 2017).

Nesse sentido, o afastamento ou absenteísmo tem um período de ausência muito maior que outras causas como disputas trabalhistas. São vários os fatores relacionados a esse afastamento, como a incapacidade médica referente a problemas de saúde como doenças e acidentes (OENNING; CARVALHO; LIMA, 2012). Para Gonçalves e colaboradores (2005), os profissionais que trabalham no âmbito hospitalar estão adoecendo no exercício de suas funções, na maioria das vezes, por fatores orgânicos ou psicológicos. Esses trabalhadores enfrentam situações que afetam sua integridade física, psíquica e emocional, podendo ser considerada uma atividade insalubre e com diversos riscos, dentre estes, estão os físicos, químicos, biológicos, além dos riscos de acidente e ergonômicos inerentes a sua profissão.

Ao buscar meios de prevenir doenças ocupacionais no ambiente laboral nos hospitais, os custos com novas contratações para cobrir o efetivo afastado são reduzidos, além de afastamentos com atestados médicos e, automaticamente, reduzirem os custos com a previdência social, além de proporcionar um bem-estar aos seus colaboradores, seus usuários e seus familiares. Além disso, é necessário expandir o olhar para além das causas do absenteísmo em profissionais dos hospitais e estudar estratégias por meio de programas e ações preventivas para melhoria de condições de trabalho, a fim de favorecer, de maneira positiva, o enfrentamento das adversidades, contribuindo para a qualidade da assistência prestada à saúde do trabalhador.

Sendo assim, o presente estudo tem como objetivo geral identificar as principais causas e refletir sobre o afastamento entre os trabalhadores da saúde que atuam em hospitais de rede pública e privada, no período de 2000 a 2021, no Brasil, e as consequências dos índices de absenteísmos entre os trabalhadores da saúde. Assim, é importante refletir sobre esses questionamentos: Quais são as principais causas de afastamento e quais as consequências desses afastamentos entre os trabalhadores da saúde que atuam em hospitais no Brasil? Que reflexões podemos fazer sobre o absenteísmo em hospitais?

## ABSENTEÍSMO EM PROFISSIONAIS DE SAÚDE

De acordo com Alves, Godoy e Santana (2006), a rede hospitalar tem como uma de suas principais características atender as necessidades dos seus clientes que não podem ser adiadas, levando em conta as necessidades de tratamento personalizadas e a integração entre os diversos serviços e setores.

Desse modo, o crescimento do trabalho organizacional acomete, em especial, a rede hospitalar, que tem como característica sua complexidade, de acordo com estímulos ambientais, o que leva a um ambiente de trabalho desfavorável e sobrecarga de trabalho (CHIAVENATO, 2009). Essa situação pode afetar a saúde do empregado, exceder seus limites físicos, emocionais e, por consequência, pode também adoecer, causando a ausência do trabalho.

Por outro lado, os funcionários da saúde estão susceptíveis a condições impróprias de trabalho, ocasionando agravos à saúde como fadiga, estresse, desorganização no meio familiar e neuroses, redução no estado de alerta, agravos nos sistemas corporais, fadiga, transtorno alimentar, que podem ocasionar acidentes e licenças de trabalho (GODOY, 2001). Assim,

A análise do absenteísmo deve observar o caráter multifatorial desse fenômeno, considerando variáveis diversas, tais como hábitos, valores, habilidades e conhecimentos; variáveis relacionadas ocupação do trabalhador, como o tipo de cargo, carga horaria; variáveis relacionadas à organização, como o clima de trabalho e as políticas da instituição (SALDARRÍAGA; MARTÍNEZ, 2007, p. 33).

De acordo com Marques Neto (2006), o absenteísmo pode ser definido em cinco motivos: absenteísmo voluntário, por doença, por patologia profissional, legal e compulsório. Sendo o absenteísmo por doença, considerado o mais importante, em consequência da quantidade de afastamento que ele acarreta. Marques Neto (2006, p. 10) descreve as diversas tipologias de absenteísmo:

- a) Absenteísmo voluntário: é a ausência do trabalho, por razões particulares. Portanto, trata-se de ausência não justificada, sem amparo legal, de exclusiva responsabilidade do trabalhador;
- b) Absenteísmo por doença: inclui todas as ausências por doenças, diagnosticada por procedimento médico;

- c) Absenteísmo por patologia profissional: compreende as ausências por acidente de trabalho ou doença profissional;
- d) Absenteísmo legal: aquelas faltas ao serviço amparadas em lei, como licença maternidade, nojo, gala, doação de sangue e serviço militar; e
- e) Absenteísmo compulsório: falta ao trabalho por imperativo de ordem legal, ainda que o trabalhador não deseje, tais como: suspensão imposta pela chefia, prisão, etc.

As razões do afastamento do trabalhador podem estar associadas a vários fatores tais como organização, o próprio trabalho, *déficit* de supervisão, motivacional e estímulo, condições desfavoráveis de trabalho e empobrecimento de tarefas (ALVES; GODOY; SANTANA, 2006). Além desses, outros motivos também levam ao absenteísmo, como doenças efetivamente comprovadas, como motivos familiares, atrasos involuntários, faltas sem motivos, problemas relacionados ao meio de transporte, baixa motivação para trabalhar, supervisão insatisfatória e política organizacional inadequada (GODOY, 2001).

Dessa forma, o ambiente hospitalar necessita ser um lugar que tenha ações motivadoras referentes à assistência na saúde e adequações das condições de trabalho, devendo ser planejadas e incentivadas (ALVES; GODOY; SANTANA, 2006). A manutenção da qualidade do bem-estar físico e mental dos funcionários no hospital, beneficia de forma direta, na melhoria do atendimento prestado aos pacientes (ALVES; GODOY; SANTANA, 2006).

## METODOLOGIA DA PESQUISA

Para este trabalho, foi realizada uma pesquisa sistemática na literatura científica, referente ao tema estudado, com o propósito de proporcionar aos leitores conhecimento em relação ao tema em questão. O trabalho foi baseado na pesquisa teórica quantitativa e descritiva, das referências literárias relacionadas ao absenteísmo nos hospitais entre profissionais da saúde, assim como suas definições e causas, na base de dados Periódicos CAPES, *Google Acadêmico*, PUBMED e *Scielo*, englobando o período de 2000 a 2021.

Durante as buscas, utilizou-se os descritores absenteísmo, saúde,



profissionais de saúde e hospitais, coletando os artigos que tinham título e resumos relacionados ao tema estudado. Depois da coleta dos artigos publicados, foi realizada a leitura em profundidade para posterior análise do conteúdo, por meio de tabulação e, por fim, realizada uma discussão com síntese da produção científica sobre o assunto e considerações finais.

Inicialmente, foram encontrados 30 artigos científicos e trabalhos acadêmicos, mas apenas 17 atenderam aos critérios de estudo, de forma que foram analisados, por estarem alinhados à proposta da presente pesquisa. Os trabalhos utilizados foram os que abordaram o assunto como tema central da pesquisa, dentro da área da saúde, indexados no banco de dados selecionados. Os trabalhos que não foram utilizados foram excluídos, por serem duplicados e não apresentarem elementos suficientes para atender o objetivo proposto por esse estudo. Os conteúdos foram estruturados de acordo com sua importância, no qual consistiu um banco de dados e, a partir da pesquisa, estabeleceu temas a respeito de assuntos mais abordados pela literatura com o tópico sobre absenteísmo em profissionais de saúde que atuam em hospitais.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Existe uma quantidade limitada de estudos envolvendo a temática que, em sua maioria, abordam o afastamento por meio de revisões de literatura e evidenciam, principalmente, do ponto de vista do absenteísmo, entre os profissionais de enfermagem, colocando de lado desta discussão os demais trabalhadores da saúde. As condições de trabalho como carga horária acima de 40 horas semanais, trabalho noturno e aos finais de semana, cuidados com enfermos, manipulação de produtos químicos, radiações ionizantes, transporte de cargas, entre outros, representam características de um trabalho hospitalar de risco (SILVA; MARZIALE 2003).

Nesse contexto, o afastamento de profissionais da saúde, especialmente nas instituições públicas, mostra-se em estado de ascensão, tornando-se frequentemente evidenciado por meio de pesquisas e reuniões que debatem sobre o tema. Isso tem tornado uma situação de cautela para administração hospitalar, uma vez que seja indício de erro no sistema operacional tendo relação direta com a qualidade dos serviços prestados

pela organização hospitalar (SILVA; MARZIALE, 2003; RODRIGUES; ARAUJO, 2016).

De acordo com Alves, Godoy e Santana (2006), uma pesquisa realizada em um hospital público de Minas Gerais (MG), teve como objetivo avaliar a prevalência dos casos de licenças médicas entre os profissionais da saúde, e observou que a classe dos profissionais de enfermagem e médicos demonstravam maiores indícios de absenteísmo dentro da área hospitalar. Essa situação pode ser justificada pela comparação da quantidade de entrevistados na pesquisa de Alves, Godoy e Santana (2006), que trazem um total de 2.500 entrevistados, sendo 1.800 enfermeiros, com um quantitativo de 859 profissionais com periodicidade de licenças médicas, sendo a classe que mais sobressaiu, com aproximadamente 78% dos afastamentos. A classe de trabalhadores de enfermagem tem evidência nesse *ranking* porque abrange o maior número de recursos humanos nos hospitais, e assim como os médicos, presta cuidados de auxílio direto aos enfermos, ajudando na reabilitação biopsicossocial do paciente a sua possível independência e autonomia, o que leva grande desgaste pessoal. Assim como os médicos, estes profissionais de enfermagem mostram maior potencial de acometimento pelo absenteísmo no setor da saúde (RODRIGUES; ARAÚJO, 2016).

Nesse mesmo sentido, uma pesquisa realizada num hospital universitário, em São Paulo (SP), com 647 funcionários da saúde, traz o crescimento no número de licenças por doenças ocorridos no período de janeiro a dezembro 2017; dos 647 profissionais que participaram do estudo, 362 (56%) apresentaram, pelo menos uma licença por doença, tendo evidência para o grupo de doenças do sistema osteomuscular, do tecido conjuntivo e de transtornos mentais com 41,5% e 28,4% respectivamente, mostrando, assim, os dois grupos de doenças que vivenciam maior efeito na quantidade de dias de licença (SANCINETTI et al., 2009). Para Rodrigues e Araújo (2016) e com Alves, Godoy e Santana (2006), funcionários da saúde tem maior predisposição a doenças como diabetes mellitus, psicológicos, hipertensão arterial, distúrbios neurológicos ortopédicos, por causa da contínua sobrecarga dos trabalhos executados e pelas questões ergonômicas. Silva e Marziale (2020) colocam ainda que o levantamento de dados mostra que o sexo feminino possui maior índices de faltas, o que

pode ser explicado pelo maior número de mulheres em trabalhos que requerem maior atenção e cuidados. Um exemplo é a porcentagem de 93,6% de mulheres que trabalhavam na rede básica do Sistema Único de Saúde em Campinas no ano de 2007 (GEHRING JUNIOR et al., 2007). Outros estudos indicam como motivos de afastamento feminino a jornada dupla, ou seja, sobreposição de tarefas domésticas, dependentes familiares e a jornada de trabalho propriamente dita (VASCONCELOS et al., 2017).

Além disso, outro ponto pesquisado foi a faixa etária, em que 50% das pesquisas demonstraram a faixa etária entre 40 e 50 anos como a maior responsável pela porcentagem de afastamentos. Em segundo lugar, ficou a faixa etária entre os 33 e 39 anos (37,5%) mais jovem, o que pode ser explicado pelo ritmo de trabalho mais intenso, jornada dupla de trabalho, vida familiar, filhos na juventude que ocasionam em maiores riscos de adoecimento (VIANA, 2020; VASCONCELOS et al., 2017).

É necessário salientar que o afastamento agrava a qualidade da assistência prestada ao paciente, e quando destacamos qualidade, é preciso considerar que, mesmo que aconteça uma redução na quantidade de funcionários dentro da organização para prestação do trabalho, o número de pacientes a serem atendidos é a mesma, o que leva a um *déficit* na quantidade de trabalhadores para prestar assistência a esta população (PORTO, 2010). Estudos demonstram que a ausência de funcionários é recompensada com a realização de horas extras, porém, em compensação, os gastos aumentam, prejudica o planejamento do trabalho, ocasiona aumento da carga laboral individual e o desgaste dos empregados que estão no exercício de sua função (RODRIGUES; ARAUJO, 2016).

Desse modo, no espaço de trabalho, o excesso lesa à saúde do funcionário, levando esgotamento físico, psicológico e até social, que pode ocasionar o isolamento social com a família e a comunidade a qual faz parte, gerando como consequência o seu adoecimento (SANCINETTI et al., 2009). Com base nesta afirmação, a falta do trabalhador da saúde em suas funções laborais provoca uma reação em cadeia que leva ao adoecimento, não só pela ausência de alguns profissionais na equipe, mas influencia no desempenho dos demais em preservar o nível dos cuidados aos pacientes (INOUEI et al., 2008). Observam-se muitos pacientes descontentes com assistência recebida, desacreditados dos serviços

fornecidos, o que em muitos casos, acaba se intensificando pela falta de cuidados (RODRIGUES; ARAÚJO, 2016).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com base na descrição dos índices de absenteísmo, é crucial a criação de ajustes para padronizar os cálculos de indicadores e tornar prováveis as comparações a fim de obter melhores resultados. A dificuldade encontrada neste trabalho foi de encontrar dados sobre os diferentes cargos dos profissionais da saúde existentes dentro de um hospital.

Para combater o absenteísmo, há muito que se fazer, especialmente, em como o profissional de saúde é tratado pelas instituições de saúde e gestão pública. É necessária a valorização dos profissionais da saúde por meio de boa remuneração e oferta de ambiente de trabalho mais efetivo às necessidades das funções realizadas. Com isso, diminui a quantidade de tarefas, possíveis acidentes de trabalho por causa de exaustão física e mental, vindo a adoecer menos e reduzir os índices desse problema.

A pesquisa mostra ainda que o método de trabalho dos profissionais da saúde tem ocasionado diversas consequências, como doenças relacionadas ao serviço e acidentes, devido às condições que os profissionais são submetidos. Fatos estes que se devem a uma série de motivos, os quais podemos dar destaque às condições de insalubridade do ambiente de trabalho, excesso de trabalho, ritmo de trabalho acelerado, falta de autonomia e desgaste profissional. Por isso, é necessário que sejam implementadas melhorias nas condições de trabalho que garantam a qualidade do atendimento aos usuários dos serviços de saúde e dos funcionários que atuam no setor da saúde em hospitais. Os agravos ocasionados pelo absenteísmo aos profissionais da saúde necessitam de atenção especial, não somente pelos gestores, mas pelos próprios trabalhadores, visto que as associações de funções interdisciplinares e multiprofissional se tornam prejudicadas.

Por último, uma forma de minimizar os problemas gerados pelo afastamento é a ênfase no trabalho em equipe por estes profissionais, uso adequado de equipamentos de proteção individual (EPIs), educação permanente e continuada, plano de cargos e salários, jornadas de trabalho adequadas, valorização dos profissionais de saúde, entre outros, adequando

uns aos outros na prestação de cuidados aos pacientes e a si mesmos.

## REFERÊNCIAS

- ALVES, Marília; GODOY, Solange Cervinho Bicalho e Santana; SANTANA, Daniela Moreira. Motivos de licenças médicas em um hospital de urgência-emergência. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 59, n. 2, p.195-200, mar./abril. 2006. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672006000200014>.
- CHIAVENATO, Idalberto. Subsistema de provisão de recursos humanos. In: **Recursos humanos**, 3 ed. São Paulo: Atlas, 2009.
- GEHRING JUNIOR, Gilson; CORRÊA FILHO, Heleno Rodrigues; VIEIRA NETO, Joana D'Arc; FERREIRA, Nely Alves; VIEIRA, Simone. Absenteísmo-doença entre profissionais de enfermagem da rede básica do SUS Campinas. **Revista Brasileira Epidemiologia**, Campinas, v. 10, n. 3, p. 401-9. 2007.
- GODOY, Solange Cervinho Bicalho. **Absenteísmo-doença entre funcionários de um hospital universitário**. 2001. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem da UFMG, Belo Horizonte, 2001. Disponível em: <http://www.enf.ufmg.br/pos/defesas/84M.PDF>. Acesso em: 02 set 2021.
- GONÇALVES, Júlia Rodrigues dos Santos; MELO, Edna Pereira; LOMBAS, Sandrely Regina Lopes; MARIANO, Cleuza dos Santos; BARBOSA, Ludjane; CHILIDA, Manuela de Santana Pi. Causas de afastamento entre trabalhadores de enfermagem de um hospital público do interior de são paulo. **Revista Mineira de Enfermagem**, Campinas, v. 9, n. 4, p. 309-314, out./dez. 2005.
- INOUEI, Kelly Cristina; MATSUDAI, Laura Misue; SILVA, Doris Marli Petry Paulo; Teruya UCHIMURAI, Taqueco, MATHIAS, Thaís Aidar de Freitas. Absenteísmo-doença da equipe de Absenteísmo-doença da equipe de enfermagem em unidade de terapia intensiva. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 61, n. 2, p. 209-14, mar./abr. 2008.
- MARQUES NETO, Alonso Dias. **Absenteísmo nas empresas**. Monografia (Bacharelado em Administração) - Centro universitário de Brasília - Faculdade de Ciências Sociais Aplicadas (FASA), Brasília, 2006.
- MORAES, Denize Duarte. **Absenteísmo no Ambiente de Trabalho: causas e consequências**. Trabalho conclusão de curso (Graduação

em Administração) - Fundação Educacional do Município de Assis (FEMA), Assis, 2018.

OENNING, Négila Soares Xavier; CARVALHO, Fernando Martins; LIMA, Verônica Maria Cadene. Indicadores de absenteísmo e diagnósticos associados às licenças médicas de trabalhadores da área de serviços de uma indústria de petróleo. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, p.37, n. 125, p.150-158, marc./abril. 2012. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0303-76572012000100018>.

PINTO, Ione Carvalho; FIGUEIREDO, Brisa Polyana Gonçalves; FERRO, Denise; ZACHARIAS, Fabiana Costa Machado; GOMIDE, Mariana Figueiredo Souza; ARCÊNIO, Ricardo Alexandre. O absenteísmo e suas implicações para o cuidado de enfermagem em serviços de emergência. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 19, p. 1-9, mar./abril. 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v19.40332>.

PORTO, Daiane Robis; PAULA, Nanci Verginia Kuter. Estratégias de recursos humanos relacionados ao absenteísmo em profissionais de enfermagem. **Revista Saúde e Pesquisa**, v. 3, n. 3, p. 365-370, set./dez. 2010.

RODRIGUES, Lais Ferreira; ARAÚJO, Jeferson Santos. Absenteísmo entre os trabalhadores de saúde: um ensaio a luz da medicina do trabalho. **Revista Ciência e Estudos Acadêmicos de Medicina**. Mato grosso, v. 10, n. 5, p. 10-21, jan./jun. 2016.

SALDARRIAGA, Juan Fernando; MARTÍNEZ, Elkin. Factores asociados al ausentismo laboraç por causa médica em uma institución de educación superior. **Revista Facultad Nacional de Salud Pública**, v. 25, n. 1, p. 33-39, jan./junho. 2007.

SANCINETTI, Tania Regina; GAIDZINSKI, Raquel Rapone; FELLI, Vanda Elisa Andres; FUGULIN, Maria Togeiro; BAPTISTA, Patricia Campos Pavan; CIAMPONE, Paulina Kurgant; SILVA, Fábio José. Absenteísmo doença na equipe de enfermagem: relação com a taxa de ocupação. **Revista Escola Enfermagem da USP**, v. 43, n. 2, p. 1277-83 set./nov. 2009.

SILVA, Doris Marli Petry Paulo; MARZIALE, Maria Helena Palucci. Problemas de saúde responsáveis pelo absenteísmo de trabalhadores de enfermagem de um hospital universitário. **Acta Scientiarum Health Sciences**, v. 25, n. 2, p. 191-197. 2003.

SILVA, Dóris Marli Petry Paulo da; MARZIALE, Maria Helena Palucci. ABSENTEÍSMO DE TRABALHADORES DE ENFERMAGEM EM

UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO. **Rev.Latino-Am.Enfermagem**,  
Ribeirão Preto, v. 8, n. 5, p. 44-51, out. 2000.

VASCONCELOS, Diego Vaz; SILVA, Lays Mylena; LIMA, Luana  
Amaral Magalhães de Souza; PINHO, Mariana Martins Ribeiro; MO-  
TTA, Paloma Duarte; DANTAS, Sarah Teixeira; MONTEIRO, Karla  
Alves; VIDAL, Carlos Eduardo Leal. Absenteísmo em dois hospitais pú-  
blicos de Minas Gerais: perfil epidemiológico. **Revista Medicina Minas  
Gerais**, Barbacena, v. 27, n. 21, p.4-10. 2017. DOI: [http://www.dx.doi.  
org/10.5935/2238-3182.20170002](http://www.dx.doi.org/10.5935/2238-3182.20170002)

VIANA, Andressa Cristine Burahaem; MARTINS, Islane Cristina. Ab-  
senteísmo por motivo de doença em profissionais da saúde em um hospi-  
tal público: uma revisão. **Revista Médica de Minas Gerais**, São Paulo,  
v. 20, n. 81, edição 255, out./dez. 2020.

# BREVES APONTAMENTOS SOBRE A QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO E A PROMOÇÃO DA SAÚDE DO TRABALHADOR E DA TRABALHADORA

*Evanícia Martins dos Santos<sup>1</sup>*

*Robson de Jesus Ribeiro<sup>2</sup>*

## INTRODUÇÃO

Os grandes protagonistas de uma empresa são os trabalhadores e trabalhadoras que são responsáveis pela trilha a qual ela percorre. Para desempenhar com êxito suas funções é necessário que a saúde e segurança no ambiente de trabalho seja prioridade, uma vez que esses fatores irão impactar diretamente na qualidade de vida, ou seja, a vida social, a saúde física e mental, espiritualidade e relações familiares estão relacionadas ao tipo de trabalho que executamos e a forma que esse se desenvolve interfere em nossas relações sociais e de saúde.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) traz que a saúde não pode ser definida apenas como a ausência de doença ou enfermidade. A Lei nº 8.080, de 19 de Setembro de 1990, chamada de Lei Orgânica da Saúde (BRASIL, 1990), define conceitos sobre a promoção, proteção e recuperação da saúde, enfatizando a saúde como obrigação do Estado e das empresas: Art. 2º A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício. (...) § 2º O dever do Estado não exclui o das pessoas, da família, das

---

1 Graduada no curso de Nutrição pela Faculdade de Saúde Ibituruna (FASI). E-mail: [evanicia.martins@gmail.com](mailto:evanicia.martins@gmail.com).

2 Assistente Social, mestre em Desenvolvimento Territorial da América Latina e Caribe (UNESP) e doutorando em Serviço Social (UNESP). Atualmente é professor bolsista no curso de serviço social da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da UNESP. E-mail: [robson.jesus@unesp.br](mailto:robson.jesus@unesp.br).



empresas e da sociedade (BRASIL, 1990).

As relações de trabalho contribuem de forma direta na qualidade de vida do trabalhador e da trabalhadora, ou seja, na saúde física e mental e ainda na vida de sua família. Em decorrência disso, empresas que não investem ou não valorizam a saúde de seus colaboradores estão consequentemente fadadas ao fracasso ou a um ciclo de rotatividade interminável. Por outro lado, as que realizam uma boa gestão, tem um grande engajamento em prol de resultados positivos.

Dessa forma, para garantir a saúde do trabalhador, as empresas precisam fazer além do que é exigido pela legislação, é necessário enxergá-lo como parte da vida corporativa. Diante disso, é primordial conhecer os seus colaboradores e promover intervenções em relação à qualidade de vida, visando-a como combustível para que tudo funcione como esperado.

## **CONCEITO DE QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO**

A qualidade de vida no trabalho é um conjunto de ações de uma empresa que envolve diagnóstico, implantação de melhorias e inovações gerenciais, tecnológicas e estruturais dentro e fora do ambiente de trabalho. (ALBUQUERQUE; LIMONGI-FRANÇA, 1998).

A QVT é um construto complexo e multidisciplinar que envolve uma constelação de fatores, como: satisfação com o trabalho executado, possibilidades de futuro na organização, reconhecimento pelos resultados alcançados, salário percebido, benefícios auferidos, relacionamento humano na equipe e na organização, ambiente psicológico e físico de trabalho, liberdade de atuar e a responsabilidade de tomar decisões e as possibilidades de estar engajado e de participar ativamente na organização (CHIAVENATO, 2014, p. 420).

Hackman e Oldham (1975) propõe um modelo que permite identificar as diversas reações e sentimentos na relação do trabalhador com seu ambiente de trabalho e, com isso, nos leva a trabalhar a QVT com foco na motivação e satisfação em diversos níveis.

Para Lippitt (1978), a QVT deve satisfazer tanto as necessidades dos colaboradores quanto às da empresa. O trabalhador deve sentir-se valorizado, reconhecido e incentivado a crescer tanto no ambiente pessoal quanto profissional.

Fernandes (1996) inclui no conceito de qualidade de vida no trabalho fatores, como: condições de limpeza, saúde, moral, compensação, participação, comunicação, imagem da empresa, relação chefe subordinado e organização do trabalho.

De acordo com Limongi-França (2008), os processos de QVT podem ser definidos como conjunto de práticas ou ações de uma empresa que envolve a implantação de melhorias e inovações sendo elas gerenciais, tecnológicas e estruturais no ambiente de trabalho.

Diante disso, é necessário realizar uma boa gestão da QVT dentro da empresa para que seja possível atingir as necessidades coletivas, já que cada indivíduo possui crenças e valores diferentes, com o objetivo de aumentar os níveis de satisfação dos colaboradores e conseqüentemente a produtividade da empresa.

## **A PROMOÇÃO DA SAÚDE NO AMBIENTE LABORAL**

A adoção de hábitos saudáveis, não somente ajudam o trabalhador na vida pessoal, mas tem relevância significativa no desempenho de suas funções na empresa. E nesse contexto que entra a promoção da saúde.

A Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em Ottawa, Canadá, em novembro de 1986, define promoção da saúde como:

[...] o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo [...] saúde é um conceito positivo, que enfatiza os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas [...] a promoção da saúde não é responsabilidade exclusiva do setor saúde, e vai para além de um estilo de vida saudável, na direção de um bem-estar global (CARTA DE OTTAWA, 1986).

A referida Carta de Ottawa propõe que a saúde é o maior recurso para o desenvolvimento social, econômico, pessoal e é um aspecto importante da qualidade de vida, contudo fatores políticos, econômicos, sociais, culturais, ambientais, comportamentais e biológicos podem promover e ou inclusive prejudicar a saúde.

Outro ponto em destaque do documento é que a promoção da saúde enfatiza a necessidade de desenvolver políticas sólidas; a criação de um

ambiente favorável à saúde das pessoas, juntamente com o desenvolvimento de habilidades individuais e o aprimoramento da ação comunitária.

A conferência também propôs uma reorientação dos serviços de saúde, na qual a responsabilidade pelas ações de promoção deve ser compartilhada entre governos, comunidades, grupos, profissionais de saúde e prestadores de serviços. Serviço este pautado pelo respeito e reconhecimento dos fatores culturais, das necessidades dos indivíduos e das comunidades, e criando canais de comunicação entre o setor da saúde e os setores sociais, políticos, econômicos e ambientais (CARTA DE OTTAWA, 1986).

Diante das inúmeras abordagens da temática qualidade de vida no trabalho citadas no decorrer do artigo, elencamos alguns temas observados durante o desenvolvimento da pesquisa que entendemos como fundamentais para a promoção da saúde e segurança de trabalhadores e trabalhadoras.

## **O PROGRAMA DE ALIMENTAÇÃO AO TRABALHADOR E A SEGURANÇA ALIMENTAR NO AMBIENTE DE TRABALHO**

O Programa de Alimentação do Trabalhador (PAT) foi criado pela Lei nº 6.321, de 14 de abril de 1976, regulamentada pelo Decreto nº 5, de 14 de janeiro de 1991. Tem como objetivo principal a melhoria das condições nutricionais dos trabalhadores de baixa renda, de forma a promover sua saúde e a diminuir o número de casos de doenças relacionadas à alimentação e à nutrição. Trata-se de um programa de adesão voluntária e não obrigatória (BRASIL, 1991).

As empresas, que aderem ao programa têm como vantagem a maior agilidade na produção e o aumento da produtividade, afinal os trabalhadores estarão mais nutridos, motivados e satisfeitos. Proporcionando aos trabalhadores uma refeição adequada com um cardápio variável e nutritivo para manter um corpo saudável e funcional, seja dentro do local de trabalho e no ambiente familiar.

Além disso, a empresa deve promover palestras com Nutricionista, que é o responsável técnico do Programa de Alimentação do Trabalhador legalmente habilitado em nutrição, que tem o compromisso de executar de forma correta as atividades nutricionais do programa, visando à promoção da alimentação saudável ao trabalhador.

## **ATIVIDADE FÍSICA COMO FATOR DETERMINANTE E CONDICIONANTE DA SAÚDE DO TRABALHADOR E DA TRABALHADORA**

O exercício físico regular pode melhorar a aptidão física, prevenir doenças, ajudar a manter o peso adequado e outros benefícios. Portanto, incentivá-lo ajuda na busca da qualidade de vida dos colaboradores. A Lei nº 12.864, de 24 de setembro de 2013 que altera o caput do art. 3º da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, a qual dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. Com a nova redação, inclui a atividade física como fator determinante e condicionante da saúde (BRASIL, 2013). Sendo assim, durante a jornada de trabalho, é recomendada a realização da ginástica laboral, ministrada por um profissional indicado. Técnica baseada em alongamento, percepção do controle corporal, respiração, reeducação postural e compensação muscular.

## **CLIMA ORGANIZACIONAL**

Quando as emoções dos profissionais são bem cuidadas, o nível de estresse que leva a conflitos com os colegas e à má qualidade do serviço é reduzido. Como resultado, a satisfação no trabalho e a felicidade aumentam muito. A equipe fica empenhada em alcançar objetivos, sendo assim, a criatividade e a produtividade são qualidades naturais no trabalho. Logo, a empresa passa a contar não apenas com trabalhadores, mas também com parceiros que desejam o sucesso do negócio. Esse sentimento de pertencimento faz com que os profissionais vejam o salário como resultado e a força da empresa no mercado em que atuam como objetivo comum de todos.

## **EVENTOS CORPORATIVOS**

Os eventos da empresa são uma excelente ferramenta para estimular a interação entre os colaboradores e melhorar a saúde mental e emocional. Sabemos que nós, humanos, somos sociáveis. Portanto, promover reuniões de confraternização pode aumentar a felicidade da equipe. Durante uma pandemia, reuniões físicas não são recomendadas, mas isso não impede a

realização de eventos online. Com um pouco de criatividade, os gestores podem organizar jogos, momentos de conversa descontraída e até lanches virtuais.

Vale lembrar também a importância dos seminários, principalmente para equipes que trabalham em casa. Essas atividades podem incluir dicas sobre como cuidar de sua saúde mental e emocional ao trabalhar remotamente. Além disso, especialistas podem ser convidados para discutir esse assunto com os trabalhadores. O resultado da adoção de tais medidas é bem previsível: serviços de qualidade e produtividade em alta.

## DESENVOLVIMENTO

Para o alcance do objetivo proposto selecionou-se como método de pesquisa a revisão de literatura sobre a qualidade de vida no ambiente empresarial. Essa que tem como finalidade a compreensão aprofundada de um fenômeno, com base em estudos anteriores, o que permite a reunião de dados de distintas modalidades de delineamento de pesquisas e possibilita a expansão das conclusões (MENDES et al.; 2008).

Essa literatura compreendeu artigos científicos publicados nas bases de dados: *Literatura Latino Americana e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde* (LILACS), *Literatura Internacional em Ciências da Saúde e Biomédica* (Pub/MEDLINE), Base de dados em Enfermagem (BDENF) e *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO).

Ressalta-se que foram adotados os seguintes critérios de inclusão: artigos publicados no período de 2016 – 2021, no idioma português, que abrangem em seus títulos aspectos relacionados à qualidade de vida no trabalho, bem como a promoção da saúde no ambiente laboral. Excluíram-se artigos que não apresentaram textos publicados na íntegra e/ou indisponíveis ou temas relacionados à saúde do trabalhador com foco nos princípios do Sistema Único de Saúde.

Ao término da pesquisa na íntegra, foram encontrados 1.385 artigos. A base de dados da *Literatura Latino Americana e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde* (LILACS) apresentou mais artigos, com 737, seguida da base *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO), com 365. Logo após a Base de dados de Enfermagem (BDENF), com 273 e aquela em que

menos apresentou resultados, foi a *Literatura Internacional em Ciências da Saúde e Biomédica* (Pub/MEDLINE), conforme apresenta a figura 1.

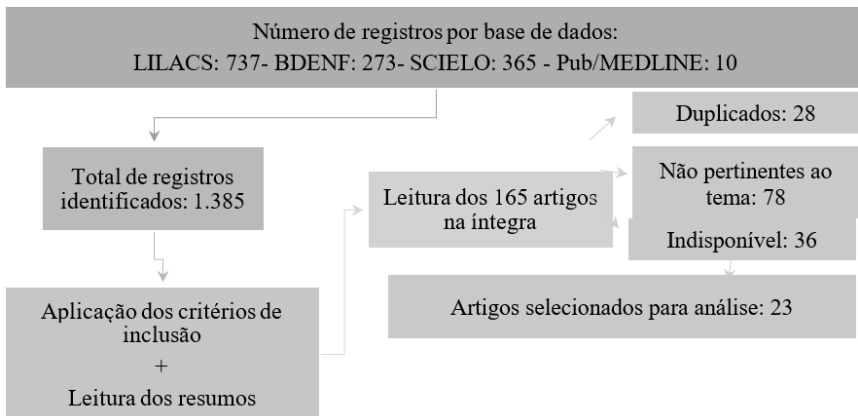
**Figura 1.** Resultados obtidos por descritor de acordo com a base de dados.

| Tema   | Base de Dados      |               |               |              |
|--|--------------------|---------------|---------------|--------------|
|  | <i>PUB/MEDLINE</i> | <i>SCIELO</i> | <i>LILACS</i> | <i>BDENF</i> |
| <i>Qualidade de Vida</i> combinado com <i>trabalho</i> | 10                 | 365           | 737           | 273          |

Fonte: organizado pelos autores

Após levantamento dos artigos, eles passaram por uma pré-seleção por meio da leitura dos títulos e dos resumos, resultando em 83 LILACS, cinco Pub/MEDLINE, 45 BDENF e 32 SCIELO. Desses, apenas 24 artigos foram incluídos na amostra, os quais foram lidos, de modo a identificar a pertinência deles, correspondente aos critérios de inclusão mencionados anteriormente. Na base de dados LILACS, foram encontrados 10 artigos que condizem nos critérios de inclusão do presente estudo, os mesmos foram publicados na língua portuguesa entre os anos de 2016 a 2021. Já no SCIELO, foram incluídos seis artigos, seguido por BDENF, também com seis e por fim a base de dados *Literatura Internacional em Ciências da Saúde e Biomédica* (Pub/MEDLINE), com um artigo, conforme destacado na figura 2. Os artigos foram agrupados na temática qualidade de vida e promoção da saúde.

**Figura 2.** Fluxograma das etapas metodológicas cumpridas para a seleção dos artigos.



## CONCLUSÃO

É de extrema importância a implantação de programas da qualidade de vida no trabalho em empresas visando a garantia da qualidade de vida e da saúde de trabalhadores e trabalhadoras.

Para reduzir o impacto do trabalho na saúde e na qualidade de vida dos profissionais, gestores e administradores das organizações devem monitorar as condições, bem como a carga e o ambiente de trabalho da sua equipe.

É importante ressaltar que a satisfação em trabalhar em um local saudável melhora a saúde mental e física, diminui riscos ocupacionais, assim como o índice de absenteísmo e *turnover*, ou seja, evolui a qualidade de vida, essa por sua vez, instiga o desenvolvimento e engajamento dos trabalhadores na realização das atividades diárias.

Dessa forma, a implantação de um projeto de QVT é considerada uma estratégia positiva para as empresas que visam à promoção do bem-estar e desenvolvimento pessoal dos trabalhadores, pois elas são vistas como incentivadoras e conseqüentemente atrativas para aqueles que visam uma ascensão profissional.

Contudo, julga-se relevante a necessidade de novos estudos e desenvolvimento de políticas voltadas à criação de ambientes e condições de trabalho saudáveis, trazendo à luz os conceitos de qualidade de vida no trabalho e promoção da saúde no ambiente laboral.

## REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, L. G.; LIMONGI-FRANÇA, A. C. Estratégia de recursos humanos e gestão de qualidade de vida no trabalho: o stress e a expansão do conceito de qualidade total. **Rev. Adm. SP**, v. 33, n. 2, p. 40-51, 1998.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm). Acesso em 18 de ago 2021.

BRASIL. **Lei nº 12.864, de 24 de setembro de 2013**. Altera o caput do art. 3º da Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, incluindo a atividade

física como fator determinante e condicionante da saúde. Diário Oficial da União, Brasília, 25 set. 2013. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2013/lei/112864.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/lei/112864.htm). Acesso em 12 de dez 2021.

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. **Decreto nº 5, de 14 de Janeiro de 1991**. Regulamenta a Lei nº 6.321, de 14 de abril de 1976, que trata do Programa de Alimentação do Trabalhador, revoga o Decreto nº 78.676, de 8 de novembro de 1976 e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, v. 1, p. 1058, 1991.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conferência Internacional sobre promoção da saúde. **Carta de Ottawa**, 1986. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta\\_ottawa.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_ottawa.pdf). Acesso em: 12 dez 2021.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização**. Documento base para gestores e trabalhadores do SUS, 2006. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus\\_documento\\_gestores\\_trabalhadores\\_sus.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_documento_gestores_trabalhadores_sus.pdf). Acesso em 18 de ago 2021.

CHIAVENATO, Idalberto. **Gestão de pessoas: o novo papel dos recursos humanos nas organizações** - 4. ed. - Barueri, SP: Manole, 2014.

FERNANDES, Eda C. **Qualidade de Vida no Trabalho: como medir para melhorar**. Salvador, BA: Casa da Qualidade, 1996.

HACKMAN, J. R.; OLDHAM, G. R. The job diagnostic survey: an instrument for the diagnosis of jobs and the evaluation of job redesign projects. Department of Administrative Sciences of Yale University, mai 1975. Technical report n. 4

LIMONGI-FRANÇA, A. C. **Qualidade de vida no trabalho – QVT: conceitos e práticas nas empresas da sociedade pós-industrial**. 2. ed. 3. reimpr. São Paulo: Atlas, 2008.

LIPPITT, G. Quality of work life: organization renewal in action. Training Ad Development **Journal, Alexandria**, v. 32, n. 1, p. 4-10, July 1978.

MENDES, K. D. S. et al. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 17, n. 4, p. 758, 2008.



# SISTEMA DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE: FERRAMENTA ESTRATÉGICA PARA MELHORIA NO ATENDIMENTO AOS PACIENTES DO SUS

*Ireni Moreia de Souza<sup>1</sup>*

*Lívia Maria Tavares<sup>2</sup>*

*Marianne Almeida Rodrigues<sup>3</sup>*

*Silvia Valeria Moreira Rangel<sup>4</sup>*

*Bárbara Oliveira de Morais<sup>5</sup>*

*Adalberto Oliveira Brito<sup>6</sup>*

## INTRODUÇÃO

O uso dos Sistemas de Informação em Saúde (SIS) vem cada vez

- 1 Especialista em Gestão em Saúde (IFNMG). Graduada em Serviço Social pela Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri - UFVJM. E-mail: ireni-isa@hotmail.com.
- 2 Especialista em Gestão em Saúde (IFNMG). Graduada em Serviço Social pela Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri - UFVJM. Email: livia-matavares.lvt@gmail.com.
- 3 Especialista em Gestão em Saúde (IFNMG). Graduada em Educação Física pela Universidade Presidente Antônio Carlos – UNIPAC. E-mail: marianne\_alm@yahoo.com.br.
- 4 Especialista em Gestão Pública (UFF), Gestão Pública de Organização e Serviços de Saúde (UFJF), Informação de saúde (UNIFESP), Micropolítica em Gestão de Trabalho em Saúde (UFF) e Auditoria de Sistemas de Saúde (UNESA). silviarangelestudos@gmail.com.
- 5 Doutoranda no Programa de Pós-graduação em Serviço Social na Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUC-RIO). Mestra em Práticas em Desenvolvimento Sustentável (UFRRJ). Especialista em Gestão Pública (UFSJ) e Gestão em Saúde Pública (UFF). Bacharel em Administração Pública (UFF). bomorais@gmail.com.
- 6 Especialista em Gestão Pública (UFSJ), Gestão Pública Municipal (UFF) e Gestão em Saúde Pública (UFF). Graduado em Direito (UFRJ/FND) e em Administração Pública (UFF). adalbertooliv@gmail.com.

mais agregando na atuação dos profissionais, principalmente, no que diz respeito aos que trabalham na ponta; os profissionais da atenção básica de saúde. Estes sistemas se denominam como um conjunto de sistemas que coletam, organizam, armazenam e compartilham informações, com o intuito de otimizar a organização dos serviços de saúde e da gestão.

É nítido o quanto a falta de funcionamento desses sistemas entre a rede de saúde dificulta, desde o planejamento das ações, até a informatização para o atendimento do paciente, o que muitas vezes, contribui para que a evolução do tratamento/acompanhamento seja realizada de forma tardia, devido à dificuldade no manuseio do prontuário eletrônico pelos profissionais. Viola e colaboradores (2021) discorrem que a utilização dos SIS auxilia no processo de tomada de decisão; além disso, contribuem para a gestão das organizações em saúde, onde o Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC), é uma estratégia para apoiar o processo de informatização dos serviços de saúde na Atenção Primária à Saúde (APS). Pinheiro e colaboradores (2016), aponta que os bancos de dados e Sistemas de Informações em Saúde (SIS), são ferramentas relevantes para a avaliação e planejamento das políticas públicas em saúde, bem como para os serviços, redes e sistemas de saúde.

A ausência de informações concisas e solidificadas compromete a atuação em gestão em saúde, pois dificulta a implantação e estabelecimento de ações para melhoria nos serviços ofertados, assim como o processamento das informações, provenientes dos dados lançados. A pergunta norteadora da investigação deste trabalho se faz pela seguinte indagação: Como o sistema de informação pode contribuir para a construção de um melhor atendimento aos pacientes do SUS?

Nesse sentido, a escolha do tema do trabalho visa o uso das ferramentas disponibilizadas por meio do sistema de informação para a organização dos sistemas de atendimento do Sistema Único de Saúde (SUS), por meio do compartilhamento de informações, agilidade e celeridade no atendimento ao paciente. Assim, o paciente terá suas informações atualizadas em tempo real nos estabelecimentos de saúde, seja da atenção primária, secundária ou terciária, em que se busca compreender como melhorar o atendimento do paciente ao SUS nos estabelecimentos de saúde, onde se verifica em muitos municípios, a falta de efetividade nos sistemas

de informação.

O objetivo primordial deste trabalho é apontar a necessidade do fortalecimento em implantação do sistema de informação nos estabelecimentos de saúde para melhor atendimento do paciente. Como objetivos específicos visa discorrer sobre a necessidade de informatização dos estabelecimentos do SUS para conversação e comunicação no atendimento ao paciente e descrever acerca do uso dos sistemas de informação e o compartilhamento de informações para a melhoria no atendimento dos serviços em saúde para os pacientes, como o uso do Prontuário Eletrônico do Cidadão, bem como os desafios nesta implantação.

## **REVISÃO DE LITERATURA**

### **Sistemas de informação e o compartilhamento de informações**

Segundo Saraiva e colaboradores (2021) apud Cavalcante e Pinheiro (2011), o surgimento dos sistemas de informação no Oriente, Continente Europeu e Continente Norte Americano se deu a partir da década de 1950, o que possibilitou realizar a coleta, armazenamento e sistematização dos dados institucionais, fornecendo suporte para a tomada de decisões. Entretanto, o funcionamento do sistema era limitado apenas ao nível administrativo e gerencial. Somente dez anos depois foram adotadas as possibilidades de automatizar as ações de saúde, o que oportunizou a criação e as adaptações de novos sistemas para o uso de informações hospitalares.

No entanto, Saraiva e colaboradores (2021) apud Targino (2009), afirmam que a utilização desses sistemas se deu tardiamente no Brasil, onde primeiramente foram utilizados modelos empresariais delimitados a atividades administrativas das unidades hospitalares. Para além disso, apenas na década de 1990, viu-se a necessidade de centralizar os sistemas de informação para direcionar o suporte do cuidado de qualidade, o que atualmente, promove informações que auxiliam de forma efetiva na tomada de decisões tanto dos gestores quanto dos profissionais da assistência. Finger e colaboradores (2021) destacam que as Normas Operacionais Básicas e do Pacto Pela Saúde foram primordiais para conferir aos municípios o papel central na implementação da política de saúde e na provisão

dos serviços à população, e aos gestores municipais, o *status* de atores políticos estratégicos na definição e organização da política de saúde no âmbito local. A responsabilidade Estatal se mantinha, no que diz respeito às atribuições relacionadas à gestão e apoio, pois para que tenha seu funcionamento efetivo, necessita abranger-se ao repasse de recursos financeiros e de instrumentos políticos, administrativos, jurídicos e técnicos, para o efetivo funcionamento do sistema.

O processo histórico de construção e organização das ações no Sistema Único de Saúde (SUS) apresenta a descentralização como princípio constitucional, que garante aos Estados e Municípios autonomia no que se refere à gestão da saúde. Atualmente, os gestores do Sistema Único de Saúde contam com os Sistemas de Informações em Saúde (SIS) como um aliado no processo de planejamento, execução e monitoramento das ações.

De acordo com Viola e colaboradores (2021), os SIS, além de auxiliar na coleta, organização, armazenamento e compartilhamento das informações, se expressam ainda como mecanismos tecnológicos, capazes de contribuir com os gestores do Sistema Único de Saúde (SUS), no âmbito municipal, estadual e federal, para processar dados e apoiar a sistematização das informações para a gestão e o planejamento dos serviços prestados em saúde, e do SUS de modo geral.

Compreende-se os Sistemas de Informação em Saúde como sendo ferramentas tecnológicas que contribuem e auxiliam os gestores, nas três esferas governamentais para o processamento de dados e na geração de informações necessárias para a organização e prestação de serviços em saúde, além de possibilitar o monitoramento dos pacientes e população usuária e a promoção e planejamento das ações e políticas públicas (DANIEL, 2012). Nesse mesmo pensamento, Melo e Soares (2018) definem as principais finalidades do SIS como sendo:

Pode-se afirmar que um SIS deve servir para gerenciar a informação que os profissionais de saúde precisam para desempenhar as atividades com efetividade e eficiência, facilitar a comunicação, integrar a informação e coordenar as ações entre os múltiplos membros da equipe profissional de atendimento, fornecendo recursos para apoio financeiro e administrativo (MELO; SOARES, 2018, p. 7).

Como se vê, o SIS possibilita a integração da comunicação e conversação entre a rede e os sistemas de saúde, fornecendo, além do apoio ao paciente, a equipe multiprofissional e subsídios para recursos financeiros e administrativos, bem como para a implantação de Políticas Públicas em Saúde.

### **Desafios na implantação do sistema de informação e compartilhamento de informações**

Viola e colaboradores (2021) apontam que se pode identificar no Brasil o uso desses Sistemas de Informação em Saúde, na Atenção Primária de Saúde (APS), mais conhecido como estratégia e-SUS, que objetiva reestruturar as informações do serviço, traçando de forma mais precisa um SUS eletrônico. Contudo, para que isso ocorra, é necessária a adequação e adesão de todos os municípios, pois a estratégia e-SUS APS utiliza o Sistema de Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) para sustentar e apoiar este importante processo de informatização dos serviços da APS, visando otimizar a qualidade do serviço oferecido a população usuária, tanto no que diz respeito a redução no tempo para agendamentos de consultas e exames, quanto para atendimentos.

Postal e colaboradores (2021) afirmam que o sistema de agendamento *online* na APS está disponibilizado através do sistema PEC e-SUS APS. Seu funcionamento se dá de maneira integrada, oferecendo mecanismos para que as Unidades Básicas de Saúde estejam preparadas para enfrentar os desafios que surgem no processo saúde/doença. Este serviço conta com o acesso via aplicativo, denominado “Conecte SUS Cidadão”, que visa estabelecer um meio de comunicação mais preciso entre cidadão e estabelecimentos de saúde.

Apesar dos avanços que o Estratégia e-SUS APS apresenta no decorrer do processo de sua implementação, o mesmo ainda perpassa por muitos desafios referente a capacitação dos usuários do sistema, a informatização das UBS, pois expressam dificuldade de extrair relatórios e incompreensões acerca dos códigos utilizados nos sistemas de *software*, apresentando uma necessidade de reorganização administrativa para aprimorar o desenvolvimento deste trabalho.

Para Cavalcante e colaboradores (2018), essas mudanças repentinas

nos instrumentos utilizados para a coleta de dados dificultaram o acesso à informação, pois se atrelaram a um leque de fragilidades apresentados pelo sistema, como por exemplo, a sobrecarga e retrabalho que essas alterações trouxeram no cotidiano dos profissionais, a implantação repentina e verticalizada, a incompatibilidade do SIS com a rotina de trabalho, o preenchimento atrelado a repasse de recursos financeiros, a burocratização da ferramenta, entre outros. Tudo isso fragiliza a aceitação de uma inovação tecnológica, visto que estes se somam ainda com os diversos problemas que o SUS já apresenta no dia a dia destes profissionais. Cavalcante e colaboradores (2018, online, n.p.) apontam que:

A incompatibilidade e a complexidade atribuída à inovação acabam por desenvolver nos profissionais a percepção de que a tecnologia em implantação é um instrumento do processo de trabalho, que, somado aos demais, representa uma sobrecarga com repercussões negativas sobre a assistência. Assim, a percepção da utilidade da inovação para o processo de trabalho e sua facilidade de uso é prejudicada.

Apesar de ser reconhecido como uma inovação pelos pesquisadores, o mesmo apresenta a incompatibilidade com as demandas de um processo de trabalho estabelecido. Essa perspectiva desvaloriza as vantagens que o fortalecimento e desenvolvimento deste sistema poderiam trazer em longo prazo, acarretando a organização do trabalho para o aumento e recuperação das informações, o que possibilitaria a tomada de decisões, otimizando a gestão em saúde, direcionando uma melhor formulação, implementação e efetivação das políticas públicas e consequentemente aperfeiçoaria a captação dos recursos públicos.

De acordo com Viola e colaboradores (2021), são os gestores dos serviços de saúde que detêm a responsabilidade de fornecer suporte técnico resolutivo e eficaz para os profissionais principalmente no período de trabalho, visto que este suporte contribui para a facilitar o uso do SIS. Sendo assim:

Os treinamentos iniciais e as atualizações têm ligação fundamental com a facilidade na utilização dos SIS, o que reafirma os achados de outros estudos sobre a importância da capacitação para utilizar esses sistemas. O oferecimento de tais treinamentos é crucial na lapidação das habilidades dos usuários com a tecnologia, abrindo

horizontes para a compreensão da sua importância no cotidiano do trabalho, influenciando no seu uso (VIOLA et al., 2021, 159-160).

Segundo os autores, a baixa adesão e insatisfação do profissional de saúde é causada pela falta desses treinamentos, o que conseqüentemente, se dá devido a relação com a subutilização dos SIS. A questão que aqui enfatiza-se expressa como os profissionais de saúde conseguirão desenvolver esse processo de treinamento dos profissionais que precisam alimentar este sistema diariamente, se eles mesmos não foram capacitados e apresentam dificuldades no processo de preenchimento do prontuário. Cavalcante e colaboradores (2018) aponta que é preciso ir além da institucionalização normatizada do SIS, visto que a inovação tecnológica precisa ser reconhecida pelos profissionais como necessária, útil e aplicável ao processo de trabalho característico da atenção básica à saúde. A utilidade do *software* deve ser compartilhada pelos profissionais, evidenciando a sua utilização nas atividades cotidianas como parte do processo de trabalho.

## **METODOLOGIA DA PESQUISA**

Este estudo consiste numa abordagem qualitativa, com o tipo de estudo caracterizado como uma Revisão sistemática da literatura sem metanálise. O estudo foi realizado por meio de pesquisas *on-line* pelas pesquisadoras. A pesquisa bibliográfica foi realizada por meio de busca em artigos científicos publicados, periódicos, revistas, entre os anos de 2010 a 2020. A coleta de dados ocorrerá no período de agosto a novembro de 2021.

Os estudos indexados serão selecionados nas bases de dados eletrônicos de pesquisa na Biblioteca Virtual em Saúde Brasil (BVS), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs), Portal de Periódicos Capes e pesquisas em livros publicados sobre o assunto. As palavras chaves e indicadores que foram utilizadas nas bases de dados por assunto na base de dados artigo, selecionando os seguintes descritores: “sistema de informação em saúde”, “informática na saúde”.

Dentro dos critérios de seleção, foram selecionadas 30 referências, de forma que se utilizou dentro do estudo, um mínimo de 15 materiais de pesquisa bibliográfica, excluindo os artigos em duplicidade e aqueles que não abordam diretamente o tema de sistema de informação e comunicação

em saúde. Para a avaliação e seleção dos artigos, foram selecionados, por meio da leitura do título e resumo, e depois da triagem, os artigos foram selecionados e lidos na íntegra. De posse dos dados bibliográficos compilados, os mesmos foram agrupados por conteúdos de relevância e discutidos dentro da literatura científica de forma responder os objetivos propostos no trabalho.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Rosa (2018), em sua pesquisa, concluiu que para que ocorra um planejamento estratégico, é importante que se efetive e pratique a Gestão do SUS por meio da conciliação da ação sobre uma realidade complexa, com uma visão estratégica e situacional, em que são considerados múltiplos fatores que interferem e influenciam na prática. Para isso, os sistemas de informação em saúde são fundamentais para que se possa avaliar essa realidade e os fatores que interferem na prática para o atendimento ao paciente e a melhoria nos serviços ofertados.

Desta forma, é preciso que os gestores tenham consciência que as informações são fundamentais para o planejamento das ações, inclusive para o monitoramento e avaliação das ações em saúde (ROSA, 2018).

No trabalho de Pinheiro e colaboradores (2016) os autores discorrem que por meio dos bancos de dados e Sistemas de Informação em Saúde, é possível que a gestão do Sistema Único de Saúde facilite o processo de tomada de decisões, pois estas ferramentas tecnológicas possibilitam o planejamento das políticas de saúde, como dos serviços, redes e sistemas de saúde. A contribuição para a gestão implica na melhoria nas condições de serviços ofertadas e conseqüentemente na qualidade destes serviços para a população.

Segundo Santos e colaboradores (2014), a aplicabilidade dos sistemas de informação fornece ainda um aumento na capacidade de resposta do Governo e da sociedade para a saúde da população, uma vez que são envolvidos atores, práticas, procedimentos e saberes, existindo assim a transdisciplinaridade em saúde. O grande viés é assegurar o direito da população a saúde de qualidade, fazendo uso de ferramentas para fornecer as respostas necessárias à população.



Silva (2015) aponta para a necessidade da coleta de informações precisas e fidedignas para a gestão do SUS, pois falhas nesse processo podem levar a geração de levantamentos equivocados da realidade e que, conseqüentemente, irão influenciar na tomada de decisão dos gestores. Pode-se destacar, por exemplo, a existência de dados e cadastramentos em duplicidade no formato manuscrito que não condiz com a realidade, gerando para os gestores dados errôneos.

Pesquisas realizadas por Gava e colaboradores (2016), realizando uma comparação entre um local informatizado e outro sem ser informatizado, verificaram que a informatização mudou a realidade de trabalho dos profissionais, possibilitando o aprofundamento nos detalhes da organização e modificação nas necessidades de condições físicas do trabalho, evidenciando que as inovações tecnológicas possibilitam um rearranjo no círculo virtuoso em práticas profissionais. Em destaque das contribuições do sistema, um fator importante verificado na pesquisa foi que não houve a diminuição de postos de trabalhos, mas aumentou a incorporação de profissionais de saúde. A principal queixa dos profissionais foi quanto a demora na inserção dos dados.

Dessa forma, verifica-se que a informatização não diminui postos de trabalho dos profissionais de saúde, ao contrário, contribui para o aumento, já que em função da demora e demanda em inserção dos dados, são necessários mais esforços de trabalho e equipe para lançamentos. Cavalcante e Pinheiro (2011) discorrem que o processo de convergência do sistema de informação na saúde possibilita o surgimento de um ambiente informacional favorável e propício para o avanço do SUS.

Quanto à implantação do sistema de informação e a melhoria no atendimento ao paciente do SUS, Bittar e colaboradores (2018), em seus estudos, discorreram sobre a utilização do Prontuário Eletrônico do Paciente (PEC), que se tornou uma ferramenta que os profissionais de saúde, como médicos e equipes de saúde precisam lidar diariamente, possibilitando a padronização dos processos e a disponibilização de informações provenientes de um único banco de dados, o que facilita o acesso às funções estratégicas.

Isso resulta em um ganho muito grande em produtividade, reduzindo duplicidades e tornando disponíveis as informações integradas, em

que as mesmas podem ser utilizadas nos mais diversos níveis de atenção à saúde e de forma centralizada nas três esferas governamentais. Canêo e Rondina (2014) apontam o que o prontuário eletrônico se trata de uma inovação positiva, pois possibilita a criação do histórico do paciente, sendo válido para a realização de diagnóstico atuais e futuros.

Desta forma, é possível a centralização das informações do paciente por meio da criação desse histórico de atendimentos, o que contribui, inclusive, para diagnósticos futuros com base nos atendimentos pré-existent. O sistema de registro eletrônico tem como vantagens ainda a utilização, por diversos setores de serviços e profissionais de saúde, contribuindo para a integração de rede e com outros sistemas de informação. Rondina, Câneo e Campos (2016) realizaram um estudo para avaliar o processo de implantação do prontuário eletrônico do paciente, em que muitos profissionais de saúde e as principais vantagens apontadas na utilização do sistema do prontuário eletrônico foram: “acesso remoto ao histórico do paciente, o compartilhamento das informações por diversos profissionais da saúde e uso das informações do PEP como fonte para pesquisas” (RONDINA; CÂNEO; CAMPOS, 2016, p. 51). Como desvantagens foram apontadas as falhas em operacionalização do sistema.

Nesse sentido, dois pontos chaves na utilização do PEC são a possibilidade do histórico e o compartilhamento das informações entre profissionais e redes de atendimento, pois facilita o atendimento do paciente, traz agilidade e celeridade nos processos de saúde e inclusive na medicalização e em acessos a serviços de alta ou média complexidade. Namorato e colaboradores (2013), em suas pesquisas, conclui que o PEP possui grandes potencialidades, apresentando vantagens em relação ao papel, atendendo novas expectativas e necessidades de gestores, profissionais e pacientes.

No entanto, o processo de expansão ainda é lento para todas as unidades e serviços de saúde. A expansão perpassa por entraves de recursos financeiros e investimentos das políticas públicas de saúde para todos os serviços de saúde, assim, cada gestor deve buscar e planejar ações para implantá-lo.

Outra ferramenta tecnológica disponível para os sistemas de saúde, é o Conecte SUS Cidadão. Sobre ele, Postal e colaboradores (2021), aponta que esse trata-se de um aplicativo disponível para *smartphones*, onde o

usuário pode ter acesso a informações pessoais e clínicas, oriundas de diversos sistemas da rede de saúde integrado ao PEC e-SUS APS, inclusive, permitindo informações sobre vacinação, histórico de atendimento, resultados de exames da COVID-19, prescrição e retirada de medicamentos, entre outras funções. Este é um aplicativo muito válido e importante para o paciente que consegue ter acesso às suas informações em tempo real.

Ainda sobre esse assunto, Postal e colaboradores (2021), descrevem ainda outra ferramenta para o serviço de agendamento *online*, utilizado por meio do sistema do PEC e-SUS APS e Conecte SUS Cidadão, onde é possível realizar o agendamento de consultas por meio do aplicativo. Assim, o paciente não precisa ir ao estabelecimento de saúde para agendar, cancelar ou remarcar, pois pode ser feito pelo aplicativo. Essa ferramenta é importante e diminui o tempo de deslocamento, facilita o acesso do paciente a seu agendamento, trazendo facilidade, rapidez e comunicação.

Viola e colaboradores (2021), em suas pesquisas, por meio de um instrumento para analisar o PEC das estratégias SUS na APS, concluiu que o instrumento foi apropriado pela avaliação dos juízes, pois estava em consonância com o que é preconizado no uso de informações da APS, onde os fatores considerados foram a satisfação, facilidade do uso, suporte técnico, capacitação e uso dos relatórios produzidos. Importante ressaltar que novas ferramentas sejam construídas para avaliar e mensurar a eficiência e eficácia das ferramentas que vem sendo utilizados nos sistemas de informação em saúde.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Por meio da realização deste estudo, foi possível verificar com base na literatura existente, a importância do sistema de informação em saúde como uma ferramenta estratégica para melhoria no atendimento aos pacientes do Sistema Único de Saúde, fazendo para tanto, uso de ferramentas tecnológicas que possibilitam a conversação entre profissionais de saúde, equipes e redes de saúde.

Dentre as ferramentas disponíveis, verificou-se o Prontuário Eletrônico do Cidadão já implantado em muitos estabelecimentos de saúde, e que tem trazido benefícios tanto para a equipe de saúde quanto para o

paciente, principalmente, no que tange ao histórico do paciente e a possibilidade de compartilhamento e conversação das informações entre a rede de saúde como na atenção primária, secundária e terciária e nas três esferas Municipal, Estadual e Federal. Além disso, apontou-se dois aplicativos de acesso aos pacientes; o Conecte SUS Cidadão e serviço de agendamento *online* disponíveis para *smartphone* e de fácil acesso para a população, que pode desfrutar das mais diversas funções dos serviços de saúde.

O Sistema de Informação em Saúde representa ainda uma ferramenta da gestão estratégica, pois pode possibilitar a geração de dados e resultados fundamentais para serem utilizado pela Gestão para avaliar, implantar ações e Políticas Públicas em Saúde. No entanto, existem alguns entraves e dificuldades ainda enfrentados como investimentos e recursos para o funcionamento, implantação e operacionalização dos sistemas e treinamento e capacitação para as equipes de saúde para que possam utilizar as ferramentas de forma assertiva e eficiente.

## REFERÊNCIAS

BITTAR, Olímpio J. Nogueira et al. Sistemas de informação em saúde e sua complexidade. **Revista de Administração em Saúde**, v. 18, n. 70, 2018.

CANÊO, Paula Krauter; RONDINA, João Marcelo. Prontuário Eletrônico do Paciente: conhecendo as experiências de sua implantação. **Journal of Health Informatics**, v. 6, n. 2, 2014.

CAVALCANTE, Ricardo Bezerra; PINHEIRO, Marta Macedo Kerr. Política Nacional de Informação e Informática em Saúde: avanços e limites atuais. **Perspectivas em Gestão & Conhecimento**, v. 1, n. 2, p. 91-104, 2011.

CAVALCANTE, Ricardo Bezerra et al. Difusão da inovação tecnológica e-sus ab: aceitação ou rejeição? **Cogitare Enfermagem**, v. 23, n. 3, 2018.

DANIEL, Vanessa Marques. **Os sistemas de informação em saúde e seu apoio à gestão e ao planejamento do SUS**: uma análise de estados brasileiros. 2012. Dissertação de Mestrado. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

FINGER, Denise et al. Redes de atenção à saúde: a percepção dos gestores municipais. **Rev. enferm. atenção saúde**, p. e202105-e202105, 2021.

GAVA, Marília et al. Incorporação da tecnologia da informação na Atenção Básica do SUS no Nordeste do Brasil: expectativas e experiências. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 3, p. 891-902, 2016.

MELO, Heline Maica Coelho de; SOARES, Denise Josino. **A importância do Sistema de Informação na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS)**. 2018.

NAMORATO, Leonardo et al. A utilização do prontuário eletrônico do paciente por médicos do Hospital Municipal Dr. Munir Rafful: um estudo de caso. **Journal of Health Informatics**, v. 5, n. 2, 2013.

PINHEIRO, Alba Lúcia Santos et al. Gestão da saúde: o uso dos sistemas de informação e o compartilhamento de conhecimento para a tomada de decisão. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 25, 2016.

POSTAL, Lucas et al. Sistema de agendamento online: uma ferramenta do PEC e-SUS APS para facilitar o acesso à Atenção Primária no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, p. 2023-2034, 2021.

RONDINA, João Marcelo; CANÊO, Paula Krauter; DE CAMPOS, Mariana Santos. Conhecendo a experiência de implantação do prontuário eletrônico do paciente no hospital de base de São José do Rio Preto. **RAHIS-Revista de Administração Hospitalar e Inovação em Saúde**, v. 13, n. 1, 2016.

ROSA, Luciana Dias da et al. **Sistemas de informações em saúde como ferramenta de gestão das ações de média complexidade ambulatorial no âmbito do SUS**. 2018.

SANTOS, Sérgio Ribeiro et al. Sistema de informação em saúde: gestão e assistência no sistema único de saúde. **Cogitare Enfermagem**, v. 19, n. 4, p. 833-840, 2014.

SILVA, Luciana Bezerra. Sistemas de informações em saúde como ferramenta para gestão do SUS. **Saúde e Desenvolvimento**, v. 8, n. 5, 2016.

TARGINO, Maria das Graças. **Jornalismo cidadão: informa ou deforma?** Instituto Brasileiro de Informação em Ciência e Tecnologia (IBICT), 2009.

VIOLA, Carolina et al. Instrumento para avaliar o uso do prontuário eletrônico do cidadão da estratégia e-SUS Atenção Primária à Saúde. **Avances en Enfermería**, v. 39, n. 2, p. 157-166, 2021.

# POLÍTICA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL NO CONTEXTO DE CRISE SANITÁRIA: DESAFIOS NA EFETIVAÇÃO DO ESTATUTO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE

*Robson de Jesus Ribeiro<sup>1</sup>*

## INTRODUÇÃO

A proposta deste artigo consiste em compreender o desenvolvimento da SARS-CoV-2 (COVID-19) fazendo correlações com os casos de orfanidade provocados pela crise sanitária e os impactos nos direitos de crianças e adolescentes.

Diante da pandemia do Coronavírus que atualmente assola o mundo, e em particular o Brasil, é necessário contextualizar questões importantes no sentido de enfrentamento da crise sanitária com rebatimentos sociais, econômicos, políticos e ambientais no país.

O Brasil, atualmente ocupa o 7º lugar no ranking de país mais desigual no mundo, segundo Relatório de Desenvolvimento Humano de 2019, do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD/OPHI, 2019). Em 2019 eram 206 pessoas acumulando uma riqueza correspondente à quase 20% do PIB brasileiro (PNUD/OPHI, 2019).

Do lado oposto, milhares de pessoas vivem em situação de miséria, onde 104 milhões de pessoas têm renda média per capita inferior a R\$413,00 mensais e 10,4 milhões de pessoas sobrevivem com menos de R\$51,00 mensais (PNUD/OPHI, 2019).

É importante destacar que a desigualdade que assola o Brasil

---

<sup>1</sup> Robson de Jesus Ribeiro – Assistente Social, mestre em Desenvolvimento Territorial da América Latina e Caribe (UNESP) e doutorando em Serviço Social (UNESP). Atualmente é professor bolsista no curso de serviço social da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da UNESP. E-mail: robson.jesus@unesp.br.

também se manifesta nas relações de trabalho, onde em 2019 tínhamos um contingente de 12,6 milhões de brasileiros nesta situação e, também 41,4% de seus trabalhadores em situação de trabalho informal (PNUD/OPHI, 2019).

Lara e Hillesheim (2020) explicitam que a COVID-19 provocou diversas incertezas no mundo do trabalho; dessas a única certeza é que as classes subalternas e vulneráveis estão sendo e continuarão a ser as mais atingidas. Para os autores a pandemia acentuou a crise econômica que coexistia com a crise ecológica (aquecimento global, desmatamentos, poluição), gerando uma crise sanitária em proporções globais (LARA; HILLESHEIM, 2020).

Nesse contexto, segundo Lara e Hillesheim (2020), a produção destrutiva intensificou sua ação e colocou em xeque o direito à vida. Por isso, são necessárias políticas de seguridade social que ofereçam saúde, emprego e assistência social para milhões de pessoas que entrarão em pobreza absoluta.

Em uma escala global, as políticas sociais têm sido contestadas por determinados grupos que através da retórica de enfrentamento ao novo Coronavírus, tem se enfatizado a necessidade de contrarreformas, agravando ainda mais a situação de crise profunda que estamos vivendo, onde segundo Yazbek e colaboradores (2020) as desigualdades se tornam mais visíveis, atingindo de forma distinta alguns grupos da população.

No Brasil, tal enfrentamento às políticas sociais, no sentido de enfraquecimento das políticas públicas e da ciência é frequentemente veiculado em diversos espaços, principalmente na mídia, essas ações têm se intensificado após o surgimento do novo Coronavírus.

Para Yazbek e colaboradores (2020), a situação de calamidade pública na qual estamos imersos, torna mais visível a aguda crise e expõe os pontos críticos das contrarreformas neoliberais no Brasil, em favor do grande capital e em detrimento das necessidades e direitos das classes trabalhadoras.

A expansão da(s) direita(s) no cenário nacional e internacional, o crescimento do conservadorismo de traços fascistas e intensa precarização das condições de trabalho e de vida são expressões concretas da atual fase de acumulação do capitalismo internacional que não

podem ser creditadas à pandemia causada pelo novo Coronavírus (YAZBEK, et al., 2020, p. 207).

A Pandemia traz a reflexão de que se o vírus não faz distinções para infecção, por outro lado, os privilégios de classe intensificam os abismos socioeconômicos da sociedade brasileira e muitas ações poderiam ser tomadas no sentido de enfrentamento à essas questões, mas, ao que parece, a lógica adotada para a condução das políticas públicas tem focalizado o mercado privado e a aceleração do acúmulo de riquezas.

De modo geral, a crise oriunda do novo Coronavírus apenas reafirma questões já vivenciadas no âmbito das políticas públicas diariamente em todo o Brasil. Para Mascaro (2020), a dinâmica evidenciada pela pandemia é o modelo de relação social baseado na apreensão dos meios de produção pelas mãos de alguns e pela exclusão da maioria dos seres humanos do sustento natural da sua subsistência.

Uma das expressões dessa divisão desigual dos meios de produção e distribuição de riquezas se materializa na precarização das relações de trabalho, segundo Mascaro (2020), as classes desprovidas de capital são coagidas a obter através de estratégias de venda a sua força de trabalho.

A imensa desigualdade existente apenas intensifica os custos humanos da pandemia. Mascaro (2020) afirma que o flagelo do desemprego, as habitações precárias (que inviabilizam suportar a quarentena), as contaminações em transporte público lotados e a fragilidade do sistema de saúde são exatamente e necessariamente contradições históricas do sistema capitalista.

Boaventura de Souza Santos (2020), afirma que as discussões sobre as medidas de enfrentamento à pandemia e, também os debates culturais, políticos e ideológicos, que frequentemente conduzem o rumo da ciência, têm uma opacidade estranha que decorre do distanciamento em relação ao cotidiano vivido pela maioria da população. Diante disso, alguns problemas existentes na vida das pessoas como a mortalidade infantil, expectativa de vida e condições de moradia, por exemplo, ficam em segundo plano.

Para o autor, os debates políticos passaram a limitar-se apenas à gestão das soluções impostas pela (des) ordem capitalista, e os debates civilizatórios necessários para a melhoria da qualidade de vida da população



ficaram em segundo plano.

A sociabilidade atual coloca na pauta do dia uma reflexão necessária: até onde a humanidade irá suportar uma estrutura que se fundamenta na superexploração do trabalho, na reprodução de desigualdades socio-territoriais, no fetiche e acumulação de mercadorias acarretando diversos cenários de abismos sociais intensos?

É nesse processo de intensificação de vulnerabilidades sociais e ambientais que se tornam cada vez mais possíveis quadros de riscos, emergências e calamidades e as diversas barbáries que a humanidade produz. Mészáros (2011, p. 29) aponta que o que está necessariamente em curso atualmente não é apenas uma crise financeira maciça, mas o potencial de autodestruição da humanidade no atual momento histórico e que impactam diretamente a vida das pessoas.

## DESENVOLVIMENTO

É importante então a reflexão sobre a proteção social e em especial a assistência social no contexto da Pandemia de COVID 19 uma vez que essa política pública ocupou lugar estratégico nesses tempos pandêmicos.

Iamamoto (2018), ao escrever sobre a questão social brasileira na complexidade dos tempos atuais, assume que essa é a materialização de:

Múltiplas desigualdades mediadas por disparidades nas relações de gênero, características étnico-raciais, mobilidades espaciais, formações regionais e disputas ambientais, colocando em causa amplos segmentos da sociedade civil no acesso aos bens da civilização. Dispondo de uma dimensão estrutural- enraizada na produção social contraposta à apropriação privada do trabalho -, a questão social atinge visceralmente a vida dos sujeitos numa luta aberta e surda pela cidadania, no embate pelo respeito aos direitos civis, sociais e políticos e aos direitos humanos (IAMAMOTO. 2018 p. 72).

Diversos estudos têm evidenciado que a aceleração do impacto da pandemia de Covid-19 relaciona-se diretamente com o aumento das vulnerabilidades socioterritoriais. Loureiro Werneck e Carvalho (2020) apontam que no Brasil, os desafios para o enfrentamento do Coronavírus ainda são maiores, pois em contexto de grande desigualdade social, com populações vivendo em condições precárias de habitação e saneamento, sem

acesso sistemático à água e em situação de aglomeração, há um possível aumento da transmissão do vírus.

Nesse cenário de intensa desigualdade social existente e acelerado pela pandemia do COVID 19 fica evidente a necessidade da atuação das políticas públicas, principalmente em regiões com maior prevalência de vulnerabilidades onde às vezes a única política pública existente é a assistência social.

Desta forma, Sposati (2004) reafirma que a assistência social, como campo de efetivação de direitos é política estratégica, está voltada para a construção de mínimos sociais e para a universalização de direitos.

Discorrendo sobre a Assistência Social e a Pandemia, Bichir e Stuchi (2020), defendem a ideia de que em face à pandemia de Covid 19, as provisões da Política de Assistência Social mostram-se essenciais, principalmente a partir da estrutura consistente que se consolidou nos últimos anos.

Os trabalhadores do Sistema Único de Assistência Social são responsáveis por assegurar operações ágeis e procedimentos regulados para atenção excepcional junto aos mais vulneráveis, em especial à população que não possui condições básicas para sua sobrevivência cotidiana através do trabalho. Entretanto, é necessário fortalecer a coordenação e a governança dessa rede socioassistencial, evitando dispersão, fragmentação e sobreposição de ações, além da falta de investimentos adequados (BICHIR; STUCHI, 2020, p. 07).

Dentre as políticas públicas, a Política de Assistência Social tem um papel fundamental na gestão do risco em situações de emergências socioambientais como a vivenciada atualmente é o Serviço Social.

Assim como analisa Iamamoto (2018), o Serviço Social dispõe de uma dimensão prático interventiva situada em um processo coletivo de trabalho, partilhado com outras categorias de profissionais que, juntos, contribuem na obtenção dos resultados ou produtos pretendidos. Analisando a realidade brasileira, pode-se constatar que a política pública que vem, constantemente, sendo chamada a dar respostas aos desastres é a Política de Assistência Social que se sobrecarrega especialmente nas fases de emergência e pós-impacto.

Bichir e Stuchi (2020) defendem que o enfrentamento da crise sanitária que estamos vivenciando é uma excelente oportunidade para

consolidar e ampliar estruturas de proteção social que vem instituída desde a Constituição de 1988. Para as autoras, o grande desafio é a construção de uma ampla coalizão de apoio a essas estruturas, para além de esforço conjuntural, consolidando a noção de direito à proteção social e garantindo investimentos para a manutenção dessas estruturas.

## **DESAFIOS PARA A EFETIVAÇÃO DO ESTATUTO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE EM TEMPOS DE COVID 19**

As cronologias da história reafirmam com constância que embora exista previsão legal a concretização de uma legislação não é imediata ou inclusive pode constar apenas no arcabouço legislativo que rege o país. A Constituição Federal de 1988 é o principal exemplo disso, nela a saúde por exemplo tem caráter universal e na prática sabemos que no cotidiano vivido pela população esse normativo legal não é realidade de milhares de pessoas.

Nessa linha o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) condensa mais materialidade quando o assunto é a não tradução imediata da previsão legal. Passados mais de 30 anos da sanção do ECA algumas das maiores conquistas desse marco na história da criança e de adolescentes no Brasil que teve repercussão mundo afora ainda demonstram enormes desafios.

Isso se dá pela dificuldade da implementação de direitos previstos no Estatuto que extrapolam a atuação do legislador, exemplo disso é o princípio da prioridade absoluta da criança e adolescentes e da garantia da existência e pleno funcionamento dos Conselhos de Direitos da Criança e do Adolescentes em todas as esferas, na dimensão federal e estadual a prevalência do normativo legal se tornou realidade, contudo em muitos municípios esse tema ainda não é tratado com a devida prioridade.

Existem também questões mais básicas que são desafios complexos na aplicação desse importante estatuto, como a necessidade de pleno conhecimento pela sociedade e não apenas assunto de quem trabalha e milita nessa área e uma questão ainda maior que é a resistência aos inúmeros ataques e tentativas de retrocesso aos direitos das crianças e adolescentes no Brasil.

Mas o ponto fundamental da efetivação do ECA se dá nos desafios

em dimensão continental de enfrentar as desigualdades socioterritoriais que se materializam no Brasil e impactam diretamente a sobrevivência de crianças e adolescentes. É importante o destaque que se antes da pandemia de COVID 19 isso já era um dilema com o desenvolver da crise sanitária esse problema irá se agravar ainda mais.

Hillis e colaboradores (2021) destaca que o Brasil é a Segundo país com o maior número de crianças e adolescentes filhos de vítimas fatais da COVID 19. Para os autores essas crianças são a consequência trágica esquecida dos milhões de mortos da maior tragédia humanitária da história recente.

Nesse contexto essas crianças e adolescentes órfãs da COVID 19 para além de necessidade da garantia do autossustento que poderá ser em muitos casos suprido pelo acolhimento ou adoção é importante pensar na atuação do poder publico nesse cenário.

É importante tirar da invisibilidade essas crianças e adolescentes a partir de estudos que identifiquem onde estão, suas demandas essenciais e quais as características desse grupo, também se faz necessário buscar uma rede de apoio, seja familiar, comunitária ou de quaisquer laços que possibilitem o cuidado necessário para garantir os direitos estabelecidos no ECA.

Entendemos importante pensar nos órfãos na primeira infância que é a etapa do desenvolvimento integral, em especial o cognitivo e afetivo. Diante disso é necessária uma força tarefa para planejar o redimensionamento de programas para essa etapa do desenvolvimento para que não haja perda de oportunidades.

Vale destacar o Projeto de Lei 2.180 de 2021 que está tramitando no Senado Federal que estuda ações de enfrentamento à pandemia e tem discutido a situação de invisibilidade de crianças e adolescentes órfãs da pandemia e a aprovação de fundo de apoio para viabilizar o acolhimento desse grupo que está ainda mais vulnerável e passível de violação de direitos.

Esse projeto também prevê a estruturação e integração das políticas públicas envolvendo órgãos como a Justiça, o Sistema Único de Saúde (SUS) e o Sistema Único de Assistência Social (SUAS) para garantir a aplicação do arcabouço que já garante os direitos das crianças e adolescentes, contudo não efetivado na prática.

Diante desse cenário, as dificuldades da efetivação do ECA precisam ser enfrentadas no sentido de que a superação só virá mediante a construção de uma consciência social onde a solidariedade deve pautar o modelo de convivência na sociedade.

Também é necessária a compreensão de que devemos ter como pauta do dia tornar o Estatuto da Criança e do Adolescente conhecido e resistir aos inúmeros ataques, pensar na infância como prioridade de investimentos, garantir o pleno funcionamento dos conselhos, possibilitar o acesso à educação e saúde e assistência social e demais políticas públicas vitais para essa etapa do desenvolvimento e compreender a dimensão da territorialidade para enfrentamento da desigualdade socioterritorial que afetam nossas crianças e adolescentes.

Entretanto, para além de ser necessário retomar os pontos essenciais para a efetivação do Estatuto da Criança e do Adolescentes destacados no decorrer desse texto é fundamental a pensarmos os caminhos para o enfrentamento das externalidades negativas da pandemia de Covid 19, em especial a questão da orfandade deixada como herança desses tempos sombrios.

Oliveira (2009) destaca que podemos observar na família o papel cada vez maior de responsabilidade no desenvolvimento dos cidadãos. É importante essa reflexão num cenário de perda de famílias e muitas vezes ausência de família estendida.

A autora também afirma que na década de 1990 o olhar da política pública foi voltado para as crianças na família, com o advento da Constituição brasileira e do Estatuto da Criança e do Adolescente, cujo slogan da época ressoava “Lugar de criança é na família, na escola e na comunidade”. Diante disso é necessário resgatar a ideia de que essa fase de desenvolvimento é vital e em tempos sombrios como o atual cabe pensar políticas públicas para apoiar e garantir a efetivação de direitos para nossas crianças e adolescentes.

## **CONCLUSÃO**

Desde que o novo Coronavírus chegou ao Brasil, uma série de medidas vem sendo tomadas, tanto no sentido da prevenção, como no

enfrentamento dos impactos da pandemia na sociedade, em especial na Política de Assistência Social e de Saúde.

As políticas públicas, outrora tão contestadas, demonstraram-se imprescindíveis no contexto da pandemia, o maior desafio da humanidade desde a Segunda Grande Guerra.

É necessário a compreensão de que a crise sanitária que estamos imersos trouxe, para o Poder Público em geral e para o Sistema Único de Assistência Social e Sistema Único de Saúde em particular, o desafio de aliar o objetivo de prevenção redução da disseminação da COVID com as inúmeras vulnerabilidades presentes no cotidiano da população.

O desafio da dimensão epidemiológica do vírus se alarga a partir dos estudos que vão desvelando novas mutações e variantes, quanto ao impacto social da crise sanitária, ainda estão sendo conhecidos no âmbito global as diversas expressões da crise sanitária no desenvolvimento socio-territorial e em grupos específicos.

Nesse contexto é extremamente necessária a discussão da garantia dos direitos de crianças e adolescentes e os desafios para a perenidade desses direitos, em especial á convivência comunitária e possibilitar a reflexão de estratégias para identificação de violação de direitos ou ameaça de sua efetivação.

É necessário aprimorar o debate sobre o enfrentamento de riscos e emergências socioambientais e as interfaces em especial com a Política de Assistência Social e Saúde Pública, principalmente em tempos de contrar-reforma e perdas significativas de direitos para que seja possível minimizar possíveis impactos no cotidiano vivido pela população e na violação de direitos em áreas e grupos de maior risco.

E ainda, mesmo superado um ano após o primeiro caso de covid-19 confirmado no Brasil, muitas famílias que se veem entre a dor da perda de um ente e a urgência de garantir condições de vida aos mais novos que ficaram, cabe então ao Estado em todos os seus âmbitos propiciar com urgência políticas públicas para garantir e preservar os direitos dessas pessoas e parafraseando Yamamoto (2017) “é necessário construir um projeto para o Brasil” unindo a esquerda e os movimentos sociais com vista á construção de uma nova sociabilidade.

## REFERÊNCIAS

- BICHIR, Renata. STUCHI, Caroline Gabas. A assistência Social na Pandemia: contribuições de uma política relegada. **Revista Comitê SUASSC/COVID19**. Santa Catarina, v. 1, n.1, 2020.
- BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Regional. Secretaria Nacional de Proteção e Defesa Civil. Departamento de Prevenção e Preparação. **Glossário de proteção e defesa civil**. Brasília, 2017.
- BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Centro Gráfico, 1988
- BRASIL. Estatuto da Criança e do Adolescente. **Lei 8.069/90, de 13 de julho de 1990**.
- HILLIS, D. Susan et al. Global minimum estimates of children affected by COVID-19-associated orphanhood and deaths of caregivers: a modeling study. **The Lancet**, U.S.A. v. 398, n.10298, pp. 391-402, jul.2021.
- IAMAMOTO, Marilda V. Serviço Social, “questão social” e trabalho em tempo de capital fetiche. *In: RAICHELIS, R. et al. (orgs.) A nova morfologia do trabalho no Serviço Social*. São Paulo: Cortez, 2018.
- LARA, Ricardo; HILLESHEIM, Jaime. Modernização trabalhista em contexto de crise econômica, política e sanitária. **Revista Comitê SUASSC/COVID19**. Santa Catarina, v. 1, n.1, 2020.
- MASCARO, Alysso Leandro. **Crise e Pandemia**. São Paulo: Boitempo, 2020.
- MÉSZÁROS, István. **Para além do capital**: rumo a uma teoria da transição. Trad. Paulo Cezar Castanheira, Sérgio Lessa. - 1.ed. revista. - São Paulo: Boitempo, 2011.
- NEGRI, Fabiana Luiza. Planos de Contingência em razão da pandemia de COVID-19: subsídios para elaboração. **Revista Comitê SUASSC/ COVID19**. Santa Catarina, v. 1, n.1, 2020.
- OLIVEIRA, Nayara Hakime Dutra. **Recomeçar: família, filhos e desafios**. 2009. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Faculdade de História, Direito e Serviço Social, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Franca, 2009.
- PNUD (Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento) e OPHI (Iniciativa para a Pobreza e Desenvolvimento Humano de Oxford). 2019. Global Multidimensional Poverty Index 2019: Illuminating Inequalities.

Nova Iorque

SANTOS, Boaventura de Sousa. **A cruel pedagogia do vírus**. São Paulo: Boitempo, 2020.

SPOSATI, Aldaiza Oliveira Sposati. **A menina Loas**: um processo de construção da assistência social. São Paulo: Cortez, 2004.

WERNECK, Guilherme Loureiro e CARVALHO, Marília Sá. A pandemia de COVID-19 no Brasil: crônica de uma crise sanitária anunciada. **Revista Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 36, n. 5, 2020.

YAZBEK, Maria Carmelita. RAICHELIS, Raquel. SANT'ANA, Raquel. Questão social, trabalho e crise em tempos de pandemia. **Revista Serviço Social e Sociedade**. São Paulo, n. 138, p.207-213, maio/ago. 2020.



# IMPACTO DA SAÚDE MENTAL DOS ASSISTENTES SOCIAIS ENQUANTO TRABALHADORES ESSENCIAIS NAS AÇÕES DE ENFRENTAMENTO NO CONTEXTO PANDÊMICO

*Caroline Oliveira Ferreira<sup>1</sup>  
Manuel Alves de Sousa Junior<sup>2</sup>*

## **RELATO DE UMA ASSISTENTE SOCIAL NA LINHA DE FRENTE DA COVID-19**

*Sou Assistente Social e trabalho desde março de 2018 em equipamento estatal que oferta serviços de Proteção Social Especial de Média Complexidade. Os serviços são ofertados de forma regionalizada pelo CREAS Regional e abrange 8 municípios, pertencentes a Comarca que está instalado, sendo de pequeno porte I, até 20 mil habitantes. A equipe prevista para execução do serviço era composta por 5 profissionais: 2 Assistentes Sociais, 2 psicólogos e advogado, sendo que cada equipe atenderia a 4 municípios. No entanto, essa equipe já se encontrava reduzida desde outubro de 2019, quando ocorreu a saída de um assistente social, havendo, portanto, sobrecarga de trabalho e, conseqüentemente, horas extras e exaustão.*

*Na data de 18 de março de 2020 retornei ao trabalho após 5 dias de folga, período gerado em decorrência da compensação de banco de horas que passou a ser muito mais frequente desde que passei a atender a todos os 8 municípios. No entanto, o cenário neste retorno foi assustador.*

*O quadro pândemico foi reconhecido no país e, em decorrência disso, as medidas preventivas de contenção da circulação do vírus da COVID-19 passaram a vigorar, com destaque para o isolamento social. Dessa forma, a rotina de trabalho passou por alterações importantes, sendo substituído o home office e uso de tecnologias digitais para os atendimentos. No entanto,*

- 
- 1 Graduada em Serviço Social. Instituto DOCTUM de Educação e Tecnologia – Faculdades Unificadas DOCTUM de Teófilo Otoni/MG. E-mail: minas83.2014@gmail.com.
  - 2 Biólogo, Especialista em Análises Clínicas, Doutorando em educação pela UNISC, Professor do Instituto Federal da Bahia – IFBA campus Lauro de Freitas. Bolsista PROSUC/CAPES modalidade 2. E-mail: manueljunior@ifba.edu.br.

*pelo caráter de essencialidade dos serviços da Política de Assistência Social, o trabalho não foi interrompido, sendo executado somente por mim e pelo profissional do Direito de forma presencial.*

*Novas formas de se executar o trabalho foram necessárias, acontece que não se sabia ao certo como. O trabalho sempre foi em campo, no contato direto com o usuário. São demandas, em sua maioria, graves, que compreendem situações de violências e violações de direitos, cometidas contra crianças e adolescentes, mulheres vítimas de violência doméstica, idosos... demandas que exigem interlocução constante, inclusive, de forma intersetorial e, neste dado momento registrado, os serviços encontravam-se suspensos em todos os municípios atendidos. Os primeiros dias foram especialmente angustiantes para mim, tanto pelo medo de uma possível contaminação e de familiares, principalmente meus pais que são do grupo de risco de contaminação, quanto pelo sentimento de incapacidade na execução do trabalho.*

*Passados os primeiros momentos, e a partir das publicações de normativas que orientavam acerca da necessidade de não fechamento dos equipamentos socioassistenciais e, conseqüentemente, a não interrupção dos serviços ofertados, as demandas já existentes passaram a emergir com novas roupagens, bem como houve também o surgimento de novas demandas, inclusive apresentadas por usuários que não eram acompanhados anteriormente. A grande questão era então: como atender a esse aumento expressivo na demanda em um cenário já com sobrecarga?*

*Os atendimentos virtuais foram estabelecidos, no entanto, muitas dificuldades em torno desse acesso me causavam ansiedade extrema. Fazer contato com as referências do serviço nos municípios, agendar o atendimento para o usuário que, muitas vezes, não dispunha de acesso a equipamento telefônico fixo ou móvel, não dispunha de acesso à internet ou ainda, mesmo que tivesse acesso, não era possível o atendimento, uma vez que o usuário estava na presença do agressor em seu domicílio, impossibilitando as intervenções. Foram situações que causaram frustração, sentimento de impotência e intensificavam a ansiedade. Em dado momento foi autorizado pela chefia atendimentos presenciais e até visitas domiciliares, sendo este outro momento de grande preocupação, diante dos riscos e necessidade de extremo cuidado com uso de máscara, higienização das mãos e distanciamento. A tensão, na verdade, começava antes do deslocamento e atendimento em si, uma vez que os atendimentos presenciais deviam ser realizados diante da gravidade do caso. Mas como escolher o de maior gravidade dentre tantos casos graves e urgentes?*

*Tantas impossibilidades diante de tantas demandas graves e, aliado a isso, o medo da contaminação todos os dias quando saía de casa para trabalhar, o medo de contaminar outras pessoas, assim como as condições precarizadas de trabalho, que incluíam falta de EPIs e material de higiene (durante determinado período) para manutenção do espaço de trabalho, foram intensificando o sentimento de insegurança.*

*Irritação, ansiedade, tristeza, preocupação excessiva com o futuro, o que incluía a desesperança em relação à descoberta e produção de vacina eficaz no combate ao vírus, medo da morte, foram algumas das angústias. O isolamento como proteção também passou a ser prejudicial uma vez que residindo sozinha, longe da família, em uma cidade com círculo de amigos bem reduzido, necessitando dar respostas às demandas dos usuários atendidos e acompanhados, defasagem de recursos humanos, demandas judicializadas, foram alguns dos fatores potencializadores de um quadro de estresse e depressão que resultou em afastamento laboral nos meses de janeiro e agosto de 2021.*

*O tratamento foi iniciado utilizando serviços de atenção à saúde mental por meio de convênios e, neste momento, ficou evidente o quanto é difícil acessar o serviço pela rede pública. Em decorrência da COVID-19, outras demandas de saúde passaram a ser negligenciadas, inclusive pelos equipamentos de oferta dos serviços. Experimentei nesse período, assim como tantos outros colegas de profissão, o que vem sendo retratado no documento a seguir e em tantos outros produzidos, os quais registram os impactos da COVID-19 na saúde mental de assistente sociais no SUS e SUAS e, sobretudo, experimentei a falta de ações de promoção, prevenção e reabilitação das condições de saúde mental da categoria.*

*Entendo que dialogar sobre a temática nos espaços de trabalho bem como oportunizar a nós profissionais assistentes sociais a inserção em programas e/ou projetos e tratamentos direcionados à atenção a saúde mental, seria de vital importância para fomentar a capacidade individual e coletiva de sobrevivência com mais qualidade não somente no contexto pandêmico, mas especialmente nele.*

## **INTRODUÇÃO**

Desde a publicação da Portaria/MS nº 188 (BRASIL, 2020a), que declarou Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN), em decorrência do novo coronavírus, a população brasileira vivencia, há mais de 2 anos, tendo por base o momento de elaboração desse artigo, medidas preventivas a disseminação do vírus e, atualmente, há informações sobre o perfil de trabalhadores mais expostos, bem como os que se encontram em situação de maior vulnerabilidade.

As pesquisas indicam que profissionais de saúde são mais acometidos pela COVID-19. Conforme Teixeira e colaboradores (2020), os profissionais de saúde constituem um grupo de risco para a COVID-19, por estarem expostos diretamente aos pacientes infectados, o que faz com que recebam uma alta carga viral (milhões de partículas de vírus). No mesmo

viés, o Ministério da Saúde (MEC), através do Boletim Epidemiológico Especial nº 52, publicado em 04/03/2021, revelou que mais de 144 mil casos suspeitos entre profissionais de saúde foram notificados em 2021, sendo cerca de 39 mil confirmados (BRASIL, 2021). No entanto, deve-se considerar os demais grupos ocupacionais, por exemplo, os profissionais da Assistência Social que, conforme Decreto nº 10.282/2020, apresentam-se como trabalhadores essenciais. Faz-se necessário ainda, considerar os determinantes sociais que implicam em maior vulnerabilidade relacionada ao trabalho (BRASIL, 2020b).

A pandemia no Brasil, de acordo com Marques (2021), coincide com uma conjuntura em que trabalhadores acumularam perdas relevantes de direitos trabalhistas e previdenciários, somadas às desigualdades sociais preexistentes. Nesse contexto, Souza, Andrade e Carvalho (2021), destacam que a pandemia e as repercussões sanitárias, econômicas e sociais aprofundam a intensa fragilidade do processo saúde-doença dos trabalhadores, uma vez que, para além do risco de contaminação pelo vírus, é preciso destacar os efeitos imediatos de ansiedade e de estresse dessa classe que, apesar das ocupações de linha de frente apresentarem alto risco para algum comprometimento na saúde mental, os impactos psicológicos das medidas de distanciamento e quarentena sociais também trazem repercussões importantes.

Dessa forma, as argumentações apresentadas neste texto se atentam a expor tais impactos do contexto pandêmico à luz da Política Nacional de Saúde do Trabalhador (BRASIL, 2012), transitando entre os novos caminhos traçados para fomentar estratégias no processo de prevenção e reabilitação no âmbito da saúde do trabalhador Assistente Social, destacando a necessidade de redefinir a atenção ao tratamento do sofrimento humano sobre o cuidado e a humanização diante dos desdobramentos da pandemia. É necessário atentar ao planejamento e implementação de ações de suporte que possibilitem a estes profissionais, atenção direcionada à saúde, principalmente, à saúde psíquica para além das condições trabalhistas adequadas como, por exemplo, segurança, jornada de trabalho e remuneração compatíveis ao exercício profissional. Tais ações devem buscar alcançar a diminuição dos impactos em relação à saúde mental, que estamos evidenciando nessa classe trabalhadora.

A pandemia do COVID-19 configura-se como uma crise humanitária e sanitária, tendo em vista que, tanto a doença quanto as medidas de contenção da mesma, geraram e continuam gerando efeitos socioeconômicos graves e persistentes. Nesse contexto, a categoria trabalho assume papel de extrema relevância, seja pela impossibilidade de adoção das estratégias de proteção devido à precarização do trabalho, seja pela viabilidade de manutenção do distanciamento social e das condições de vida permitidas pelo vínculo regular de trabalho (SANTOS et al., 2020).

Diante do exposto, a presente pesquisa tem como finalidade desvelar os impactos sofridos pela classe dos assistentes sociais, serviços essenciais na linha de frente das ações de enfrentamento ao COVID-19.

## **PROFISSIONAIS DA SAÚDE NO BRASIL PANDÊMICO**

A atenção à saúde foi preconizada a partir da 8<sup>o</sup> Conferência Nacional de Saúde, realizada em Brasília no ano de 1986, e contou com ampla participação dos trabalhadores, governo, usuários e parte dos prestadores de serviços de saúde (BRASÍLIA, 2019). A Constituição Brasileira (BRASIL, 1988), estabeleceu uma seção somente sobre a saúde que incorporou, em grande parte, os conceitos e propostas da 8<sup>a</sup> Conferência, adotando em sua essência a proposta da Reforma Sanitária e aprovando a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), reconhecendo a saúde como um direito a ser assegurado pelo Estado.

É possível registrar que a consolidação da Política Pública de Saúde se materializou a partir da implementação do SUS, conforme consta na Lei 8080/90, (BRASIL, 1990), comporta como competências a Vigilância em Saúde. Observando com atenção às demandas apresentadas pelos assistentes sociais, Ferreira (2021), na Organização Internacional para as Migrações (OIM), em parceria com a Universidade de São Paulo (USP), destaca que:

Os impactos na saúde causados pela pandemia do novo coronavírus atingiram não somente pacientes e suas famílias, mas também os profissionais da Saúde e da Assistência Social que atuam na linha de frente no combate à doença. A rotina intensa, os anseios quanto à disseminação do vírus, o grande número de pessoas afetadas pela crise sanitária, econômica e social repercurtem na saúde mental

desse grupo (FERREIRA, 2021, s/p).

A realidade exposta desencadeou e vem desencadeando estudos que visam identificar tais impactos, resultando em projetos direcionados a promoção e reabilitação da saúde atenção dos trabalhadores. Ainda, segundo Ferreira (2021, s/p):

Percebemos essa dificuldade dos profissionais da Saúde e da Assistência Social de terem um tempo de cuidado com eles mesmos. É um momento muito delicado e muitas pessoas precisam de apoio, mas elas entendem que a prioridade não é cuidar de si próprio e sim do outro. Isso é muito alarmante, pois o profissional acaba se negligenciando.

Importa destacar que as incertezas frente ao avanço da doença no mundo e, principalmente no Brasil, e as medidas de controle insuficientes, associadas aos impactos econômicos e sociais vivenciados, vem afetando a condição psíquica dos trabalhadores, fato este que pode desencadear quadros de intenso sofrimento e de adoecimento mental, conforme exposto por Souza, Andrade e Carvalho (2021). Muitos são os aspectos observados que se apresentam como consequências diretas da pandemia da COVID-19 na vida de toda a população, sejam trabalhadores de linha de frente ou não. Essas consequências causam implicações importantes no bem-estar e na saúde mental, podendo, inclusive, apresentar reflexos na saúde física. No bojo dos estudos desenvolvidos, o artigo *Saúde Mental e Trabalho no Contexto da Pandemia por COVID-19: Proposta para Vigilância em Saúde*, publicado pela Revista Baiana de Saúde Pública, identificou como implicações a piora da saúde da população:

Imposição do trabalho em domicílio ou remoto; perdas salariais; impedimento de trabalhar e circular livremente; desemprego; falência de pequenas e microempresas; suspensão de aulas presenciais; convivência familiar conturbada; mudança de padrão econômico; quebra da convivência social; sensação de desamparo e abandono; tragédias familiares, com pessoas morrendo e adoecendo repentinamente; medo da morte; incertezas quanto à eficácia das medidas de controle e falta de tratamento eficaz para a doença; dentre outras (SOUZA; ANDRADE; CARVALHO, 2021, p. 128).

É possível verificar que a crise sanitária instalada tem causado dobramentos que modificaram muito a rotina, sendo esperado que todos

estejam frequentemente em estado de alerta, preocupados, confusos, estressados e com intensa sensação de falta de controle sobre ações anteriormente corriqueiras. Quando direcionamos essa visão aos trabalhadores da linha de frente de atuação no enfrentamento a COVID-19, é necessário pensar em estratégias de enfrentamento dessa condição, como forma de prevenir a piora desse quadro ou ainda reabilitar os profissionais com vistas à promoção da qualidade de vida mesmo diante de tantas incertezas.

## **ASSISTÊNCIA SOCIAL NO BRASIL PANDÊMICO**

A profissão de Assistente Social no Brasil está inserida em uma diversidade de espaços sócio-ocupacionais. As áreas de saúde, assistência social e previdência social tendem a absorver a maior parte dos profissionais da referida categoria. No atual cenário de constante insegurança sanitária e intensificação da precariedade das condições sociais e econômicas, os profissionais assistentes sociais, com destaque para os indivíduos que atuam junto à Política Pública de Saúde e Assistência Social, tem se debruçado para intervir nas expressões da questão social que emergem com nova roupagem, exigindo da categoria, para além de condições técnicas pertinentes à execução dos serviços e atendimento à população usuária, cuidado pessoal frente à sua saúde física e psíquica.

A profissão é regulamentada pela Lei Federal nº 8.662/1993, e a rotina de trabalho envolve conhecer de perto as necessidades da população e o território que pertence essa população. De acordo com o Código de Ética Profissional, não é possível que profissionais da categoria neguem atendimento à população, mesmo diante de situação de calamidade pública em que suas vidas também correm riscos (BRASIL, 1993). O artigo 3º do Código de Ética Profissional preconiza que, configura-se como dever do Assistente Social, “participar de programas de socorro à população em situação de calamidade pública, no atendimento e defesa de seus interesses e necessidade” (CFESS, 1993, p. 27).

Dessa forma os profissionais lotados nas Políticas Públicas de Saúde e Assistência Social, demandadas no período pandêmico, viram-se compelidos a uma rotina extenuante de trabalho, implicando adequação de protocolos de atendimento bem como mudanças relacionadas à vivência

pessoal e social de cada profissional junto às instituições onde estão inseridos, à sua comunidade e família.

No âmbito da Política Pública de Assistência Social, Carneiro, Carvalho e Araújo (2021), destaca que em decorrência da pandemia foram emitidas orientações, recomendações, notas técnicas, dentre outros documentos, os quais tinham como objetivo subsidiar a reorganização do trabalho no âmbito do Sistema Único de Assistência Social – SUAS. Como exemplo, a Portaria nº 337/2020 (BRASIL, 2020c) do Ministério da Cidadania, dispõe sobre as medidas para o enfrentamento da emergência de saúde pública decorrente da COVID-19, no âmbito do SUAS. As normativas publicadas ocasionaram impactos no exercício profissional da categoria, uma vez que, fez-se necessário manter o atendimento à população usuária na rede socioassistencial, sendo necessário colocar em prática a reorganização do trabalho em conformidade com as normas sanitárias, buscando evitar a concentração e proximidade de pessoas e reduzir o risco de transmissão do vírus, a saber:

Dentre os aspectos citados nas portarias destacam-se a adoção de medidas que garantam a manutenção de atendimento individualizado nas unidades; suspensão das atividades em grupo, para reduzir o risco de contágio; proteção aos trabalhadores do SUAS, com instituição do trabalho home office para aqueles pertencentes ao grupo de risco; disponibilização de Equipamentos de Proteção de Individual (EPI's) aos trabalhadores em atividade presencial e usuários (máscaras, álcool em gel, dentre outros); fixação de orientações nas unidades sobre a COVID-19 e medidas preventivas; manutenção dos serviços de acolhimento institucional, suspensão de visitas domiciliares; agendamento de atividades presenciais; trabalho por turno de revezamento; indicação de atendimentos individuais em ambientes arejados e amplos que garantam o sigilo (CARNEIRO; CARVALHO; ARAÚJO, 2021, p. 183).

Tais mudanças propiciaram a sensação de esgotamento e materialização de dificuldades em relação à saúde mental desses profissionais, conforme expõe publicação do Conselho Regional de Serviço Social do Paraná (CRESS, 2021, s/p), acerca da categoria profissional na saúde:

O contexto da pandemia do coronavírus tem trazido enormes dificuldades e sofrimentos para todas (os) as (os) brasileiras (os). Mas especialmente para as (os) profissionais que estão trabalhando na



linha de frente, na área da saúde, em hospitais, unidades de saúde, unidades de pronto-atendimento entre outros locais, as dificuldades têm sido ainda maiores. Afinal, várias (os) delas (es) têm enfrentado longos e cansativos turnos de trabalho, com excesso de pacientes, UTIs lotadas e a convivência com mortes e o sofrimento de familiares. Isso sem falar nos riscos de contrair o coronavírus e do adoecimento e até mesmo da morte de diversas (os) profissionais. A realidade tem sido muito dura e isso tem afetado não apenas a saúde física dessas pessoas como também a saúde mental, com crises de ansiedade, depressão e esgotamento.

Nesse mesmo viés, Carneiro, Carvalho e Araújo (2021) explicitam que no tocante ao exercício profissional, no âmbito da Política de Assistência Social, um estudo realizado pela Fundação Getúlio Vargas (FGV) e pelo Núcleo de Estudos da Burocracia (NEB), intitulado “A pandemia de COVID-19 e os profissionais da Assistência Social no Brasil”, revelou que parcela significativa dos/as trabalhadores/as dessa Política, dentre esses/as, os/as assistentes sociais, vivenciam no contexto da pandemia, sentimentos de medo e insegurança.

Nesse sentido, o cenário pandêmico provocou desdobramentos em vários aspectos da vida dos profissionais do Serviço Social, que passaram a exigir estratégias de cuidado psíquico. O Ministério da Saúde, em parceria com a FIOCRUZ, elaborou documento orientador que recomenda, dentre outras ações interventivas de atenção à saúde, “reconhecer e acolher seus receios e medos, procurando pessoas de confiança para conversa; ficar atento a suas necessidades básicas, garantindo pausas sistemáticas durante o trabalho; evitar o isolamento junto a sua rede socioafetiva, mantendo contato, mesmo que virtual” (MELO et al., 2021, p. 4).

## **METODOLOGIA DA PESQUISA**

O presente documento foi elaborado a partir de revisão de literatura, utilizando como referencial teórico a pesquisa exploratória de artigos e demais documentos científicos anteriormente publicados, que nortearam o processo do trabalho. Em face disto, não se fez necessária avaliação por Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), visto que não houve pesquisa envolvendo seres humanos como sujeitos de pesquisa.

Desse modo, a pesquisa apresenta-se em caráter qualitativo, posto

que não foca em dados numéricos, mas se aprofunda em significados das ações e das relações humanas com vistas a uma reflexão sistemática, a partir da exposição de análises, conceitos, ideias e experiências dos sujeitos. A materialização do artigo ora apresentado, se deu através de pesquisa bibliográfica, sendo finalizada a partir da elaboração do panorama sistematizado acerca das condições de saúde dos assistentes sociais nas ações de enfrentamento à COVID-19.

O processo metodológico foi ancorado em fontes de pesquisa bibliográfica e utiliza estudos de diversos autores sobre dado assunto, através de relatórios técnicos, dissertações, artigos legislações e manuais. O material utilizado foi acessado, em sua maioria, por meio eletrônico, sendo as fontes provenientes de publicações acadêmicas, instituições jornalísticas e órgãos governamentais e não governamentais produzidos em sua maioria no ano de 2020 e 2021, sendo as palavras chaves e termos utilizados na busca: saúde mental, assistente social, pandemia. O período de pesquisa se deu entre os meses de agosto e novembro de 2021.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

A prevalência da COVID-19 no Brasil, no ano de 2020, desencadeou uma crise sanitária evidenciando, nitidamente, maior necessidade de intervenção do Estado frente à implementação de ações que fossem ao encontro da defesa das condições de sobrevivência de toda a população, uma vez que o contexto pandêmico escancarou uma realidade já conhecida no país, realidade essa que diz respeito à precarização da gestão e execução da Política Pública de Saúde. Conforme explicitam Negri, Santos e Krüger (2020), a pandemia ocasionou desdobramentos que ultrapassaram as condições de saúde física da população, interferindo diretamente no mundo do trabalho e na economia, o que, conseqüentemente, provocou alterações significativas, principalmente, à subsistência da classe trabalhadora. As conseqüências econômicas, políticas e sociais vivenciadas, ainda atingem de forma importante a população brasileira, sendo possível perceber que as políticas defendidas pelo modelo neoliberal não ofereceram respostas à realidade.

Diante desse contexto, por tratar-se de uma crise sanitária, era

indispensável e imprescindível, a atuação dos profissionais da saúde na execução das ações de combate à COVID-19. Os profissionais assistentes sociais na Política Pública de Saúde exerceram um papel na linha de frente na execução de ações socioassistenciais direcionadas as vítimas da COVID-19 e suas famílias. Da mesma forma, a Política Pública de Assistência Social atuou frente a demandas urgentes diante das expressões da questão social que, neste contexto, eclodiram de maneira exacerbada, exigindo dos profissionais a construção de respostas novas e urgentes, tanto profissionais quanto institucionais. Importa enfatizar que o assistente social, enquanto trabalhador assalariado, vende a sua força de trabalho especializado para os empregadores, em troca de um valor equivalente expresso em forma monetária, sendo que compete ao profissional intermediar as demandas da população usuária e o acesso aos serviços sociais e benefícios emergenciais entre a esfera pública e a privada.

Historicamente, os profissionais assistentes sociais vêm buscando ampliar seu protagonismo nos diferentes espaços sócio-ocupacionais, inserindo-se em espaços de liderança e gestão, possibilitando dar visibilidade tanto para a atuação/intervenção e expertise, quanto para o projeto profissional (MARQUES; BELLINI, 2020). Para Matos (2020, p. 3), a pandemia convoca os assistentes sociais, “mas estes devem atuar se limitando ao campo das suas competências profissionais e de suas atribuições privadas”. No entanto, o contexto pandêmico intensificou a rotina de trabalho bem como impôs uma série de mudanças nas relações estabelecidas em espaços laborais, nos espaços de convivência familiar e social.

Aliado a isso, passaram a imperar também inseguranças em relação ao futuro, o que envolvia para além do aumento do número de usuários dos serviços de Saúde e Assistência Social, o receio de contaminação diante da exposição ao vírus, preocupações acerca das possibilidades de vacina e/ou cura da doença e precarização das condições de trabalho. Esses fatos vivenciados implicaram em sobrecarga da categoria profissional e, conseqüentemente, repercutiram o estado psíquico desse grupo, conforme aponta a OIM (2021).

Outro ponto que merece destaque diz respeito às medidas interventivas tímidas, perpetradas pelo Estado, frente à pandemia. O Sistema Único de Saúde que sempre foi alvo de críticas por parte da sociedade,

passou a ser observado como protagonista, ocupando o lugar de destaque ao qual sempre pertenceu, muito embora o Governo tenha adotado medidas contrárias às recomendadas pela Organização Mundial da Saúde, conforme apontam Santos e colaboradores (2020).

É neste cenário que o assistente social, ator essencial nas ações de enfrentamento à COVID-19, se percebe cotidianamente envolto em situações cada vez mais impactantes e desafiadoras, a saber

Ainda no campo das políticas sociais, o atual quadro sanitário, social e econômico exige maior intersetorialidade, desde o diálogo para apresentar informações adequadas e orientar a população, até a execução dos serviços. Na maioria das vezes, isto é feito pelos (as) profissionais de Serviço Social, no entanto, considerando as debilidades deste princípio e as exigências de sua realização percebe-se uma responsabilização dos (as) profissionais para esta tarefa, causando graves sequelas devido ao estresse do atendimento direto aos/às usuários (as) contagiados (as) ou não, que exigem a garantia do atendimento, bem como de seus familiares (SARMENTO; CAMARGO; FAGUNDES, 2020, p. 5).

Seguindo o mesmo viés, os autores complementam ao afirmar que

Com o trabalho de urgência e emergência desenvolvido nos diferentes espaços sócio-ocupacionais que se ampliaram para além da área da saúde estritamente, as exigências cresceram muito na assistência social e previdência, ampliando a demanda por estes serviços, por setores e segmentos populacionais que não eram atendidos por estas políticas. Porém, não houve contratação e ampliação dos quadros profissionais, sobrecarregando aqueles que passaram a atender todo tipo de demanda, ampliando as fontes de ansiedade, angústia e estresse físico e mental pelo fato das exigências serem superiores ao possível de ser realizado pelos profissionais. (SARMENTO; CAMARGO; FAGUNDES, 2020, p. 5).

Tais registros corroboram sobre o quanto o cenário pandêmico passou a interferir significativamente na saúde mental dos profissionais assistentes sociais, especialmente, os que estão inseridos no SUS e SUAS. Esses profissionais passaram a apresentar demandas que exigiam serem absorvidas pela Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), tornando esses profissionais também usuários dos serviços. Muitas são as possibilidades de cuidado em saúde mental as quais deveriam ser direcionadas aos profissionais da linha de frente de atendimento ao COVID-19. Dantas (2021)

destaca à importância de focar em ações positivas, documentar e divulgar resultados, para aprimoramento e consolidação dessas iniciativas como parte da Atenção à Saúde de cada profissional envolvido, que tem se doado ao outro e necessita de atenção à própria saúde mental.

No entanto, o cotidiano em relação ao cuidado foi permeado por situações que impediram a devida atenção à categoria. A pesquisa realizada pela Fundação Getúlio Vargas (FGV) e pelo Núcleo de Estudos da Burocracia (NEB), intitulada *A pandemia de Covid-19 e os (as) profissionais da Assistência Social no Brasil* (LOTTA, et al. 2020) revela que a grande maioria dos profissionais não se sentiam apoiados por ações das 3 esferas governos. A pesquisa deles foi realizada em três fases, entre os meses de abril e outubro de 2020 e demonstrou que a comparação dos dados nesse período é estável e precária. Conforme o levantamento, 90,66% dos profissionais entrevistados tem medo de contrair o coronavírus; mais de 87% dos/as trabalhadores/as não se sentem preparados/as ou não souberam responder se estão preparados/as para atuar neste contexto pandêmico; 61,50% não receberam EPI e 87,02% não receberam treinamento para lidar com a pandemia. Outro dado revelou que o cenário pandêmico no SUAS é marcado pela predominância das mulheres na ordem de 86%, sendo que a porcentagem de profissionais que afirmam que a saúde mental foi abalada pela pandemia é de 78%.

Nesse sentido, Gomes (2021), em sua pesquisa *Saúde Mental e Assistência Social: Um Diálogo Sobre a Saúde Mental Dos Profissionais do Centro de Referência de Assistência Social – CRAS em Meio a Pandemia da COVID-19*, aplicada a 11 profissionais assistentes sociais, lotados em Centro de Referência de Assistência Social – CRAS, reafirma o gênero feminino (63%), como maioria presente nos serviços e afetada em sua qualidade de vida de saúde mental. Registra ainda 10 profissionais que residem com amigos ou familiares, expondo a impossibilidade de isolamento social, podendo assim vir a causar agravamento das condições de saúde mental em face da cobrança em relação ao cuidado. Muito embora Gomes (2021) enfatize ainda que 100% dos entrevistados disseram possuir momentos de lazer, esses envolvem, em sua maioria, interação social, sendo inviabilizados em decorrência da necessidade do isolamento como medida de contenção de circulação da COVID-19.

Em relação aos cuidados com a saúde mental, muito embora 45,5% relataram possuir algum diagnóstico de transtorno mental (depressão, ansiedade), somente 27,3% dos profissionais entrevistados iniciaram acompanhamento terapêutico e 16,2% são usuários dos serviços de saúde privados; 9,1% utilizam os serviços privados e por meio de convênios. Este dado chama a atenção uma vez que, mesmo diante da existência dos serviços de saúde mental, ofertados pelos equipamentos públicos, a procura pelos serviços privados ainda é expressiva, no entanto o seu custo pode dificultar o acesso ao tratamento de muitos profissionais.

Para além do exposto, houve a necessidade de se refletir sobre o preparo dos profissionais da saúde mental que deveriam ofertar acolhimento aos profissionais acometidos por comprometimentos na saúde. Tanto o Estado quanto a iniciativa privada deveriam responsabilizar-se pela gestão das intervenções de cuidado em Saúde Mental aos trabalhadores:

Deve-se pensar que em um país como o Brasil se tem quantitativo considerável de profissionais e que essa população também é diversa e usuária do SUS. Nesse entendimento, a atual política de Saúde Mental, mesmo com a precarização que vem sofrendo ao longo dos últimos anos, ainda tem o potencial de atender às situações emergentes (DANTAS, 2021, p. 4).

Os reflexos da pandemia nas condições de saúde mental dos profissionais, tornou-se também essencial, no entanto, há que se ponderar que, em muitas situações, o devido suporte não foi ofertado ou buscado como deveria. A Organização Internacional para as Migrações (OIM, 2021) em parceria com a Universidade de São Paulo (USP), destaca que:

Percebemos essa dificuldade dos profissionais da Saúde e da Assistência Social de terem um tempo de cuidado com eles mesmos. É um momento muito delicado e muitas pessoas precisam de apoio, mas elas entendem que a prioridade não é cuidar de si próprio e sim do outro. Isso é muito alarmante, pois o profissional acaba se negligenciando (FERREIRA, 2021, s/p).

Em contrapartida, as pesquisas denotam que a categoria profissional em questão está atuando na linha de frente em condições que vulnerabilizam a condição de saúde, sobretudo a mental. A falta de acesso a recursos, apoio, treinamento e suporte governamental, durante a pandemia, teve como consequência o sofrimento sentimento de medo, estresse

e ansiedade.

Importa pontuar que muito embora as pesquisas citadas neste artigo abordem a necessidade de atenção à saúde mental desta categoria profissional, não foi possível encontrar documentos que elencam de maneira sistemática pesquisas direcionadas exclusivamente às condições de saúde mental dos profissionais assistentes sociais, na execução da Política de Saúde e Assistência Social, bem como ações que, significativamente, foram direcionadas ao atendimento dos mesmos com vistas a promoção, proteção e restauração da condição psíquica. Não foram encontrados estudos que dizem acerca de afastamentos laborais em decorrência da condição de saúde no período pandêmico.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A necessidade de atenção à saúde mental dos profissionais assistentes sociais nunca esteve tão em evidência quanto durante a pandemia da COVID-19. Esta categoria profissional, que sempre foi de suma importância no enfrentamento às questões da expressão social, inerentes ao modo de produção capitalista, implementando e executando ações que viabilizam medidas econômicas e sociais à população mais vulnerável, viu-se nos últimos 2 anos de pandemia, à necessidade de adequar a rotina de trabalho ao distanciamento social, teletrabalho, falta de Equipamento de Proteção Individual - EPIs, sobrecarga da jornada de trabalho mesmo em um cenário de aumento de demandas.

O profissional na Política de Saúde e Assistência Social, por seu caráter de essencialidade, foi chamado mais do que nunca a integrar equipes nas ações de atendimento imediato e continuado à população usuária dos serviços. No entanto, à medida que assistia a população vulnerável economicamente e/ou socialmente, infectada ou não pela COVID-19, passou também, este profissional a apresentar demandas próprias no que tange a necessidade do cuidado para si mesmo.

É primordial pensar que, independente do período pandêmico, mas sobretudo nele, a saúde mental desses profissionais deve ser considerada uma preocupação a ser observada por indivíduos, comunidades, sociedades e governos, tendo como premissa que cuidar de quem cuida também

é essencial para estabelecer o compromisso fim do trabalho profissional do Assistente Social que é a qualidade com os serviços prestados aos usuários/as.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Congresso. Senado. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília/DF, out. 1988. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm) Acesso em: 18 ago. 2021.

BRASIL. Congresso. Senado. Constituição (2012). Portaria nº 1823, de 23 de agosto de 2012. Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Brasília/DF, Disponível em: [https://more.ufsc.br/legislacao/inserir\\_legislacao](https://more.ufsc.br/legislacao/inserir_legislacao) Acesso em: 18 ago. 2021.

BRASIL. Constituição (1990). Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990. **Lei Nº 8.080, de 19 de Setembro de 1990**. Brasília/DF, 19 set. 1990. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/18080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm) Acesso em: 18 ago. 2021.

BRASIL. Congresso. Senado. Constituição (1993). Lei nº 8.662, de 13 de março de 1993. Brasília/DF.

BRASIL. Congresso. Senado. **Portaria nº 188, de 03 de fevereiro de 2020**. Brasília/DF (2020<sup>a</sup>), Disponível em: <https://www.in.gov.br/em/web/dou/-/portaria-n-188-de-3-de-fevereiro-de-2020-241408388>. Acesso em: 18 ago. 2021.

BRASIL. Congresso. Câmara dos Deputados. Constituição (2020b). **Decreto Nº 10.282, de 20 de março de 2020**. Brasília/DF, 20 mar. 2020. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/republicacao-249098206>. Acesso em: 19 ago. 2021.

BRASIL. Congresso. Senado. Constituição (2020c). Portaria nº 337, de 24 de março de 2020. **Portaria Nº 337, de 24 de Março de 2020**. Brasília/DF, Disponível em: <http://blog.mds.gov.br/redesuas/portaria-no-337-de-24-de-marco-de-2020/>. Acesso em: 14 out. 2021.

BRASIL. Congresso. Senado. Constituição (2021). **Boletim Epidemiológico Especial nº 52**. Brasília/DF, Disponível em: [https://www.gov.br/saude/ptbr/assuntos/media/pdf/2021/marco/04/boletim\\_epidemiologico\\_covid\\_52\\_reduzido.pdf](https://www.gov.br/saude/ptbr/assuntos/media/pdf/2021/marco/04/boletim_epidemiologico_covid_52_reduzido.pdf). Acesso em: 22 ago. 2021.

BRASILIA/DF. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (2019). 8<sup>a</sup>



**Conferência Nacional de Saúde: quando o SUS ganhou forma.** Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/ultimas-noticias-cns/592-8-conferencia-nacional-de-saude-quando-o-sus-ganhou-forma>. Acesso em: 18 nov. 2021.

BRASÍLIA. Organização Internacional para as Migrações - OIM (Brasília/DF) (org.). **COVID-19:** serviço de apoio à saúde mental é oferecido a profissionais que atuam na linha de frente na região norte. Serviço de apoio à saúde mental é oferecido a profissionais que atuam na linha de frente na região Norte. 2021. Disponível em: <https://brasil.iom.int/news/covid-19-servi%C3%A7o-de-apoio-%C3%A0-sa%C3%BAde-mental-%C3%A9-oferecido-profissionais-que-atuam-na-linha-de-frente>. Acesso em: 17 ago. 2021

CFESS – Conselho Federal de Serviço Social. Código de Ética (1993). Disponível em: [https://cresspr.org.br/site/wp-content/uploads/2010/08/CEP\\_CFESS-SITE.pdf](https://cresspr.org.br/site/wp-content/uploads/2010/08/CEP_CFESS-SITE.pdf) Acesso em: 25 ago. 2021.

CARNEIRO, Annova Míriam Ferreira; CARVALHO, Alba Maria Pinho de; ARAÚJO, Maria do Socorro Sousa de. Dupla pandemia, política de assistência social e exercício profissional em serviço social. **Temporalis**, Brasília/Df, v. 41, n. 21, p. 173-189, jun. 2021. Revista Temporalis. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.22422/temporalis.2021v21n41>. Acesso em: 21/10/2021.

Conselho Regional de Serviço Social/Paraná – CRESS/PR (org.). **Assistentes sociais da saúde relatam esgotamento e dificuldades em relação à saúde mental durante a pandemia.** 2021. Disponível em: <https://www.cresspr.org.br/site/assistentes-sociais-da-saude-relatam-esgotamento-e-dificuldades-em-relacao-a-saude-mental-durante-a-pandemia/> Acesso em: 23 out. 2021.

DANTAS, Eder Samuel Oliveira. Saúde mental dos profissionais de saúde no Brasil no contexto da pandemia por Covid-19. **Interface**, Botucatu, n. 25, p. 1-9, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/rCWq43y7mydk8Hjq5fZLpXg/?format=pdf&lang=pt> Acesso em: 10 nov. 2021.

FERREIRA, Patrícia Prado. **COVID-19:** serviço de apoio à saúde mental é oferecido a profissionais que atuam na linha de frente na região norte. Serviço de apoio à saúde mental é oferecido a profissionais que atuam na linha de frente na região Norte. 2021. Disponível em: <https://brasil.iom.int/news/covid-19-servi%C3%A7o-de-apoio-%C3%A0-sa%C3%BAde-mental-%C3%A9-oferecido-profissionais-que-atuam-na-linha-de-frente>

Acesso em: 17 ago. 2021.

GOMES, Déborah Polyana. SAÚDE MENTAL E ASSISTÊNCIA SOCIAL: um diálogo sobre a saúde mental dos profissionais do Centro de Referência de Assistência Social - CRAS em meio a pandemia da covid-19. **Serviço Social em Perspectiva**, Montes Claros (MG), v. 5, n. 2, p. 219-226, jul. 2021.

LOTTA, Gabriela; MAGRI, Giordano; LIMA, Débora Dossiatti de; LIMA-SILVA, Fernanda; CORRÊA, Marcela; BECK, Amanda. A pandemia de Covid-19 e os profissionais da assistência social no Brasil. **Fundação Getúlio Vargas Núcleo de Estudos da Burocracia (Neb)**, São Paulo, p. 1-13, jun. 2020. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/arquivos/PesquisaFGV-rel03-social-covid-19-depoimentos-v2.pdf> Acesso em: 22 ago. 2020.

MARQUES, Fernanda. **Covid-19 e o impacto da pandemia na saúde mental** (2021). Disponível em: <https://www.fiocruzbrasil.fiocruz.br/trabalhador-da-saude-como-esta-sua-saude-mental-frente-a-pandemia-de-covid-19/> Acesso em: 22 ago. 2021.

MARQUES, Nadianna Rosa; BELLINI, Maria Isabel Barros. PANDEMIA DO COVID-19: a importância do serviço social em processos disruptivos da dinâmica social. **Anais do V Serpinf e III Senpinf**, [s. l], p. 1-17, out. 2020.

MATOS, Maurílio Castro de. A pandemia do coronavírus (COVID-19) e o trabalho de assistentes sociais na saúde. **Cress ES**, Rio de Janeiro, p. 1-9, abr. 2020. Disponível em: <http://www.cress-es.org.br/wp-content/uploads/2020/04/Artigo-A-pandemia-do-coronav%03%ADrus-COVID-19-e-o-trabalho-de-assistentes-sociais-na-sa%03%BAde-2.pdf> Acesso em: 10 nov. 2021.

MELO, Bernardo Dolabella; PEREIRA, Daphne Rodrigues; SERPELONI, Fernanda; KABAD, Juliana Fernandes; KADRI, Michele; SOUZA, Michele Souza e; RABELO, Ionara Vieira Moura. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial na Pandemia de Covid-19**. BRASIL. Ministério da Saúde; Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). Brasília, 2020. Disponível em: [https://portal.fiocruz.br/sites/portal.fiocruz.br/files/documentos/cartilha\\_recomendacoes\\_gerais\\_06\\_04.pdf](https://portal.fiocruz.br/sites/portal.fiocruz.br/files/documentos/cartilha_recomendacoes_gerais_06_04.pdf). Acesso em: 20/08/2021.

NEGRI, Fabiana Luiza; SANTOS, Maria Teresa dos; KRÜGER, Tânia Regina. Atuação da/o Assistente Social em Face da Pandemia da Covid19: Orientações Técnicas Elaboradas Pelo Conjunto Cfess/Cress.

Disponível em: [https://suassccovid19.files.wordpress.com/2020/08/artigo\\_atuacaodoas.pdf](https://suassccovid19.files.wordpress.com/2020/08/artigo_atuacaodoas.pdf) Acesso em: 10 nov. 2021.

SANTOS, Kionna Oliveira Bernardes; ALMEIDA, Milena Maria Cordeiro de; GOMES, Mônica Angelim; FERNANDES, Rita de Cássia Pereira; MIRANDA, Samilly Silva; MISE, Yukari. **Saúde do trabalhador na pandemia de Covid-19: riscos e vulnerabilidades**. 2020. Disponível em: <https://www.cidadessaudaveis.org.br/cepedoc/wp-content/uploads/2020/06/Relatorio-Saude-do-Trabalhador.pdf> Acesso em: 10 nov. 2021.

SARMENTO, Hélder Boska de Moraes; CAMARGO, Marisa; FAGUNDES, Helenara Silveira. SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE MENTAL EM TEMPOS DE PANDEMIA: uma equação possível. **O Comitê Estadual Suas-Sc Covid-19: em defesa da vida**, Florianópolis, p. 1-6, jul. 2020.

SOUZA, Suerda Fortaleza de; ANDRADE, Andréa Garboggini Melo; CARVALHO, Rita de Cássia Peralta de. SAÚDE MENTAL E TRABALHO NO CONTEXTO DA PANDEMIA POR COVID-19: proposta para vigilância em saúde. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador/Ba, v. 45, n. 1, p. 125-139, jan. 2021.

TEIXEIRA, Carmen Fontes de Souza; SOARES, Catharina Matos; SOUZA, Ednir Assis; LISBOA, Erick Soares; PINTO, Isabela Cardoso de Matos; ANDRADE, Laíse Rezende de; ESPIRIDIANO, Monique Azevedo. A saúde dos profissionais de saúde no enfrentamento da pandemia de Covid-19. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 25, n. 9, p. 3465-3474, set. 2020. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232020259.19562020>. Acesso em: 18/10/2021.

# EDUCAÇÃO E SAÚDE COMO FERRAMENTA DE PREVENÇÃO AO SUICÍDIO NAS ESCOLAS

*Carmen Novais da Silva<sup>1</sup>*

*Bárbara Oliveira de Moraes<sup>2</sup>*

*Adalberto Oliveira Brito<sup>3</sup>*

*Silvia Valéria Moreira Rangel<sup>4</sup>*

*Ellen Bilheiro Bragança Wittmann<sup>5</sup>*

## INTRODUÇÃO

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2021), estima-se que mais de um milhão de pessoas morrem anualmente em decorrência do suicídio. Pesquisas do Ministério da Saúde (BRASIL, 2019), apontam que as mortes na faixa etária entre 15 e 29 anos, é a segunda principal causa de morte no mundo em decorrência do suicídio.

Discorrer acerca desses dados, principalmente, num contexto que se

- 
- 1 Especialista em Gestão em Saúde (IFNMG). Graduada em Pedagogia na Universidade Estadual de Minas Gerais/ Faculdade de Filosofia e Letras de Diamantina (UEMG/FAFIDIA). novais2007@yahoo.com.br.
  - 2 Doutoranda no Programa de Pós-graduação em Serviço Social na Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUC-RIO). Mestra em Práticas em Desenvolvimento Sustentável (UFRRJ). Especialista em Gestão Pública (UFSJ) e Gestão em Saúde Pública (UFF). Bacharel em Administração Pública (UFF). bomorais@gmail.com.
  - 3 Especialista em Gestão Pública (UFSJ), Gestão Pública Municipal (UFF) e Gestão em Saúde Pública (UFF). Graduado em Direito (UFRJ/FND) e em Administração Pública (UFF). adalbertooliv@gmail.com.
  - 4 Especialista em Gestão Pública (UFF), Gestão Pública de Organização e Serviços de Saúde (UFJF), Informação de saúde (UNIFESP), Micropolítica em Gestão de Trabalho em Saúde (UFF) e Auditoria de Sistemas de Saúde (UNESA). silvianranlestudos@gmail.com.
  - 5 Mestra em Práticas em Desenvolvimento Sustentável (UFRRJ). Especialista em Tecnologia, Formação de Professores e Sociedade (UNIFEI). ellenbilheiro@ufrj.br.

revela como um problema de saúde pública, é essencial, porque, ao longo da história, suicidar-se passou por diferentes concepções que influenciaram e exerce influência até os dias atuais, no que se refere ao tratamento, acolhimento e prevenção a vida ofertado.

O suicídio não é uma causa recente, já faz parte da história mundial há muito tempo. Estima-se que desde o século XVII já era possível encontrar registros acerca desse termo. É o caso da cultura Greco-Romana, por exemplo, em que os suicídios eram relatados como um fato naturalizado, mas que ao longo dos anos, das influências culturais e religiosas ganharam novos contornos (BOTEGA, 2015).

Embora suicidar-se seja uma prática que pode acometer diferentes idades, sexos, raças e classes, nesse trabalho, privilegia-se a análise e discussões dos casos que se relacionam a adolescente em fase escolar, com atenção aos jovens entre 15 e 19 anos, pois nessa faixa-etária há indícios e comportamentos presentes na literatura que indicam o suicídio como uma forma dos jovens lidarem com suas emoções (BOTEGA, 2015; ANNUNCIATO, 2018; BARROS, 2018; NASCIMENTO, 2020). Em pesquisas recentes, como a de Annunziato (2018), foi identificado que as mortes em decorrência do suicídio, ano após ano, apresentam crescimento, e que os jovens correspondem a uma parcela significativa. Esses dados são preocupantes, uma vez que é na adolescência que as práticas que motivam as autolesões ganham maior aderência.

Comparando as informações da literatura com os dados recentes publicados na edição do novo boletim epidemiológico de setembro, e disponibilizado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2021a), observa-se que nos últimos anos se torna ainda mais urgente dialogar sobre essas práticas, posto que são preocupantes, pois não houve uma queda nas mortes ou lesões, mas ao contrário, em todo o país, os comunicados de lesões autoprovocadas alcançou um total, em 2019, de 124.709 casos. Um registro que na faixa etária de 15 a 19 anos representa 23,3% dos casos (BRASIL, 2021a).

No que se refere às mortes, o boletim evidenciou que entre 2010 e 2019, ocorreram no Brasil, 112.230 mortes por suicídio, com um aumento de 43% no número anual de mortes, passando de 9.454, em 2010, para 13.523 em 2019. Tendo em vista os dados coletados e as discussões teóricas sobre o tema, o objetivo geral deste trabalho é identificar as estratégias

de prevenção à vida, tendo como *locus* as práticas educacionais. Para tal, objetiva-se de forma específica compreender as práticas que são divulgadas na literatura acerca da prevenção e informação relacionada à automutilação e suicídio; tal como enfatizar a importância das escolas em envolver a comunidade escolar (pais, alunos, responsáveis, direção, professores e discentes) sobre atividades que privilegiam o fortalecimento dos vínculos colaborativos, para que haja uma mudança nas relações em sala de aula, possibilitando a prevenção e pósvenção ao suicídio e autolesões provocadas nos jovens.

Nesse sentido, esse trabalho se justifica pela oportunidade de dialogar no que se refere a uma gestão em saúde pública, que desde a base, ou seja, desde a escola, compartilha temas de forma estratégica em que, atuando em rede e em equipe, propicia a construção de metodologias eficientes na abordagem do tema, que possam impactar de forma positiva na redução dos números de mortes e /ou das autolesões. A relevância do trabalho está atrelada a experiência da primeira autora, já que, atuando na educação, tem observado o quanto lidar com o tema tem sido um tabu. Assim, compreender as recentes produções sobre o tema e observar as políticas preventivas, é essencial, pois amplia as possibilidades de inserir os temas de forma indisciplinar nas escolas, aproximando os alunos do tema.

## **METODOLOGIA DA PESQUISA**

Neste trabalho, quanto à finalidade, a pesquisa é aplicada, uma vez que “objetiva gerar conhecimentos para a aplicação prática, dirigidos à solução de problemas específicos. Envolve verdades e interesses locais” (PRODANOV; FREITAS, 2013, p. 51). Em relação à abordagem, a metodologia utilizada foi a pesquisa qualitativa, caracterizada pelo desenvolvimento de um estudo que supõe um corte temporal-espacial de determinado fenômeno por parte do pesquisador (NEVES, 1996).

Desse modo, acerca do objetivo, esse estudo é exploratório, pois para haver uma familiaridade com o tema, foi necessário o levantamento teórico das produções que deram suporte teórico à pesquisa. Quanto ao método empregado, esse estudo é caracterizado por levantamento bibliográfico e análise documental que, conforme Gil (2007), é “caracterizada

por material já elaborado, constituído principalmente de livros e artigos científicos” (GIL, 2007, p. 44).

Esse processo exploratório, bibliográfico e documental foi realizado pela busca de materiais científicos na literatura que se relacionassem à temática para ser incorporado à pesquisa. Entre os meses de setembro a novembro do ano de 2021, definiu-se como critério de seleção dos artigos, livros, dissertações e teses identificadas, utilizar os materiais publicados, prioritariamente, nos últimos dez anos, de onde foram extraídas informações de caráter científico para a composição do estudo.

O boletim epidemiológico foi utilizado como aporte dos dados quantitativos, ainda que discutidos de forma qualitativa, para que pudesse demonstrar ao leitor acerca dos indicadores referentes ao suicídio no período mais recente (BRASIL, 2021a).

## **REVISÃO DA LITERATURA**

Nesse tópico serão apresentados os principais conceitos e trabalhos que auxiliaram os autores no percurso teórico. Brevemente, há uma contextualização histórica acerca do suicídio, trazendo dados do Brasil e do Mundo, com apontamentos acerca da prevalência de tentativa de suicídio em jovens.

O papel da escola no processo de promoção a prevenção e pósvenção também serão expostos, para que seja destacada a relevância desse espaço enquanto um local de reflexão e debate para e com a comunidade escolar. Por fim, exemplos de programas voltados ao diálogo com os jovens nas escolas, serão expostos a partir das principais contribuições da literatura sobre essas intervenções.

### ***Contextualização histórica: o suicídio e as autolesões no brasil e no mundo***

O suicídio, ao longo do tempo, passou por diferentes concepções. Tendo como aporte a pesquisa de Brandão; Ferreira e Sussuarana (2016), a influência da Antiga Roma se mostra em evidência. Para esses autores, a vida privada, conforme a conhecemos, tem um sentido distinto e os costumes hoje identificados como “anormais”, à época, eram vistos como uma forma de se remediar com o consentimento comunitário a uma vida

tida como penosa ou indigna. Observam-se os aspectos morais, sociais e religiosos que subsidiaram para os autores tais comportamentos no trecho a seguir:

Neste contexto, a integração social é vista como resultado da escolha ou decisão do indivíduo, de sua autonomia e capacidade de decidir. Além disso, nessa necessidade de integração entre o individual e o social, o controle das emoções, com a vergonha associada a uma moral social e religiosa, parecia evidenciar uma particularidade em relação ao suicídio (BRANDÃO; FERREIRA; SUSSUARANA, 2016, p. 238).

Essa integração e particularidade, influenciada ao longo da história, pelas mudanças econômicas, sociais, religiosas e nos costumes das pessoas, influenciaram para que os sofrimentos íntimos ultrapassassem a barreira do individual, se tornando uma preocupação coletiva. É o caso, por exemplo, da influência do outro na percepção de si mesmo. Vide o trecho a seguir:

[...] por volta do século XVIII não era raro que os suicídios fossem motivados pela falência, a qual era vista não somente como um fracasso, mas como um erro, uma queda no sentido moral, tanto que o pagamento de dívidas era visto como uma reparação e sua reabilitação percebida como algo valoroso. (BRANDÃO; FERREIRA; SUSSUARANA, 2016, p. 238).

Observa-se que novos sofrimentos íntimos, como a insatisfação com a imagem de si mesmo, na frustração quanto às ambições pessoais, influenciaram e provocaram desordem e inquietações nos indivíduos motivados pela competição em partes, dos indivíduos. Segundo Muller; Pereira e Zanon (2017), os autores conceituaram o suicídio como a morte de si mesmo, como a forma de fuga de si mesmo e do sofrimento que lhe atinge. Com isso, verifica-se a evolução, ainda que preliminar, sobre como o tema é discutido, passando a ser uma reflexão acerca do sentido da vida. Há diferentes questionamentos sobre esse tema. E essas questões influenciam nas intervenções que podem e são efetuadas na saúde e educação, tema que será mais bem discutido nos tópicos seguintes a esse.

Nesse sentido, o suicídio no contexto mundial e brasileiro, demorou a ser visto como um caso de saúde pública. Somente a partir da década de 1990, que a OMS considerou o suicídio como um problema a ser resolvido



pela Saúde Pública e, a partir desse reconhecimento, incentivou e promoveu debates voltados a criação de Planos Nacionais para sua Prevenção. No Brasil não foi diferente, até os anos 2000, pouco se debatia acerca das mortes e tentativas de suicídio, pois esses dados eram ofuscados por doenças endêmicas ou por outras causas de morte violenta (NASCIMENTO, 2020).

Tendo como princípio o preconizado por Santos e Kind (2019, p. 2), o “comportamento suicida é entendido como todo ato referente ao desejo de pôr fim à própria vida, incluindo pensamento, planejamento, tentativa e o suicídio consumado”. Entretanto, se o sujeito não quer se matar, mas acabar com aquilo que identifica como um sofrimento, ligado à sua frustração, a compreensão de desvalorização e rejeição, há a necessidade de se discutir, portanto, a natureza do problema e as formas de prevenção desses casos. De forma integrada e interdisciplinar, tanto os espaços de saúde quanto escolar, podem contribuir para essa discussão. É o que será abordado no tópico a seguir, num esforço de se dialogar sobre os avanços e retrocessos nesse sentido.

### ***O papel da escola na prevenção e pósvenção ao suicídio***

O processo de prevenção e pósvenção ao suicídio é um trabalho importante a ser feito, visto que o papel da escola não se limita apenas no cumprimento de uma grade curricular, mas também na formação integral do aluno (COSTA; MIRANDA, 2020; PICO, 2020). O fato de encarar as primeiras frustrações, de não atender a um padrão imposto pela sociedade ou viver algum conflito interno ou familiar, talvez seja, para quem esteja sofrendo essa dor interna e inexplicável, sem resolução. E a saída encontrada é colocar fim na própria vida. Por isso, torna-se relevante trabalhar temáticas pertinentes à valorização do adolescente, para colocá-lo com protagonista e mostrar que sempre há uma saída que amenize qualquer situação desagradável que exista (COSTA; MIRANDA, 2020; PICO, 2020).

A descoberta da própria identidade, o autoconhecimento, são ferramentas importantes. A sociedade moderna, com tecnologia de ponta, vários feitos científicos, é uma realidade e o adolescente, na maioria das vezes, não se encaixa nos moldes desta sociedade. Há de se considerar

também a dinâmica das famílias, que vivendo num sistema capitalista, em virtude do seu trabalho, da busca muitas vezes em buscar de meios de sobreviver, não destina um tempo de qualidade para falar com esses adolescentes (SANTOS, 2017).

Esse trabalho de prevenção e pósvenção é um desafio educacional, mas está dentro das possibilidades da escola e não está centrado em diagnósticos, nem em tratamentos, pois este não é papel da escola. O que cabe é fazer trabalhos bem planejados, inclusive, com períodos previstos no calendário escolar, mais diálogos e rodas de conversa (WILL, 2021). As relações diárias, um ambiente acolhedor, um clima de tranquilidade, são fundamentais, pois o clima influencia na qualidade do ensino. Essa prática necessita de uma mediação para que os conflitos sejam minimizados e para casos de bullying, brigas e de integração sejam propiciados. (COSTA; MIRANDA, 2020; PICO, 2020; WILL, 2021).

A tarefa de prevenção e pósvenção também requer uma mudança na concepção sobre o tema, visto que, pela sua complexidade e preconceito, dificulta uma abordagem mais próxima (BOTEGA, 2015). Por ser um tema que não pode ser ignorado mediante os dados que são cada mais vez crescentes, é dever da escola dialogar de forma interdisciplinar sobre o tema. (GUTIERREZ, 2018).

Em documento recente, a OMS (2021) enfatiza que o comportamento suicida ainda é obscurecido por tabus, estigmas e vergonha, o que impede as pessoas de procurarem ajuda nos serviços de saúde. Por essa razão, é necessário reiterados diálogos e consecução de programas voltados à promoção da valorização da vida nas escolas, como será exposto no tópico a seguir.

## **PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA: ESPAÇO DE DIÁLOGO PARA PROMOÇÃO A VALORIZAÇÃO DA VIDA**

O Programa Saúde na Escola (PSE) constitui-se em uma política que visa integrar e realizar ações voltadas a atividades que envolvam as Equipes de Saúde da Família, com atividades de educação num contexto popular, com ênfase nas ações em saúde. São cinco os eixos que o compõem:

- a) Avaliação das Condições de Saúde das crianças, adolescentes e jovens que estão na escola pública;
- b) Promoção da Saúde e de atividades de Prevenção;
- c) Educação Permanente e Capacitação dos Profissionais da Educação e da Saúde e de Jovens;
- d) Monitoramento e Avaliação da Saúde dos Estudantes;
- e) Monitoramento e Avaliação do Programa (BRASIL, 2021b, online, n.p.).

Consolidar essas estratégias é um desafio, mas essa rede propiciada pelas escolas é de extrema relevância, uma vez que as políticas e programas voltados à valorização da vida, são um compromisso que auxiliam na manutenção de temas que conectam os jovens com a sociedade e suas famílias. É preciso pensar em ações que despertem a consciência das famílias que o suicídio não pode ser tratado como fato isolado (BRASIL et al., 2017; SILVA et al., 2019; SUASSUNA et al., 2020). As bases legais para que essas estratégias sejam mais eficazes são ancoradas nos seguintes dispositivos:

1. Portaria nº 3.696/10 – PSE/CNES;
2. Portaria n.º 3.146 de 17 de dezembro de 2009;
3. Portaria nº 254, de 24 de julho de 2009 - Projeto Olhar Brasil;
4. Portaria nº 1.861, de 4 de setembro de 2008 - Estabelece recursos financeiros pela adesão ao PSE para Municípios com equipes de Saúde da Família, priorizados a partir do Índice de Desenvolvimento da Educação Básica - IDEB, que aderirem ao Programa Saúde na Escola – PSE;
5. Portaria nº 2.931, de 4 de dezembro de 2008 - Altera a Portaria nº 1.861/GM, de 4 de setembro de 2008, que estabelece recursos financeiros pela adesão ao Programa Saúde na Escola - PSE e credencia Municípios para o recebimento desses recursos;
6. Decreto nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007 - Institui o Programa Saúde na Escola - PSE, e dá outras providências. E outros (BRASIL, 2021b, online, n.p.).

Nesse sentido, o papel da escola é o de promover eventos, atividades e diálogos nos quais, sem julgamento ou exposição dos alunos, privilegiando rodas de conversa e escuta, o adolescente possa se sentir acolhido no sentido de ser ouvido e não apontado. Essas atividades de valorização das diferenças, de cuidado com o outro, da desmistificação do padrão corporal imposto pelas mídias sociais, da aceitação é uma forma de se minimizar

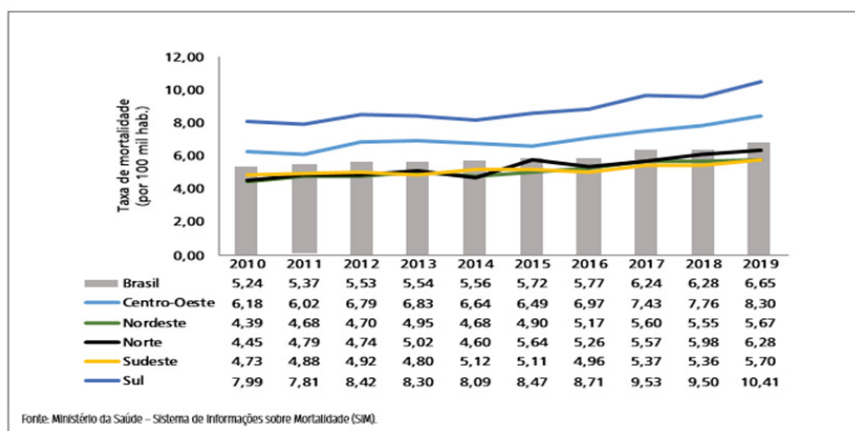
eventuais situações de atentado contra si mesmo (SILVA et al., 2019). Além dessas temáticas, que são fatores de influência ao suicídio, podem-se acrescentar discussões sobre novos padrões familiares, uso de álcool, violência sexual e doméstica, homofobia e gordofobia, uso de drogas ilícitas e outros temas que atender a necessidade do ambiente escolar.

Para um melhor aproveitamento e desenvolvimento de ações estratégicas nas escolas, estas devem ser desenvolvidas e apoiadas pela orientação de profissionais da saúde, como médicos, psicólogos, profissionais da enfermagem, assistentes sociais, pois possuem formação e tem propriedade para tratar do assunto. A escola é um espaço privilegiado, sendo o espaço para que a convivência social e as relações favoráveis à promoção da saúde sejam estabelecidas (SANTOS, 2017; SILVA et al., 2019; SUASSUNA et al., 2020; WILL, 2021).

## DADOS DO BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO SOBRE OS CASOS DE SUICÍDIO NO BRASIL (2021)

Para trazer dados robustos sobre os índices atualizados referentes ao suicídio e compreender a evolução desses casos, a seguir serão apresentados alguns dos principais dados epidemiológicos que auxiliarão nessa análise:

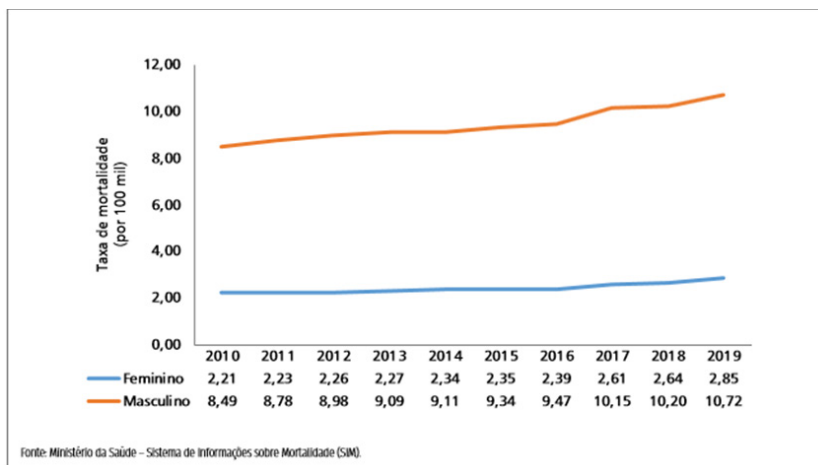
FIGURA 01: Evolução das taxas de mortalidade por suicídio, ajustados por idade, segundo região, no período de 2010 a 2019.



Fonte: Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico (BRASIL, 2021a).

Observa-se, conforme a figura 01, que o quadro evolutivo foi crescente no período apresentado, sendo que a maior taxa de mortalidade concentra-se na região sul e centro oeste, embora a região sudeste também apresentou dados crescentes destas mortes. Baseando-se nas regiões, nenhuma apresentou queda no período, sendo necessário ações envolvendo a gestão pública nos três níveis:

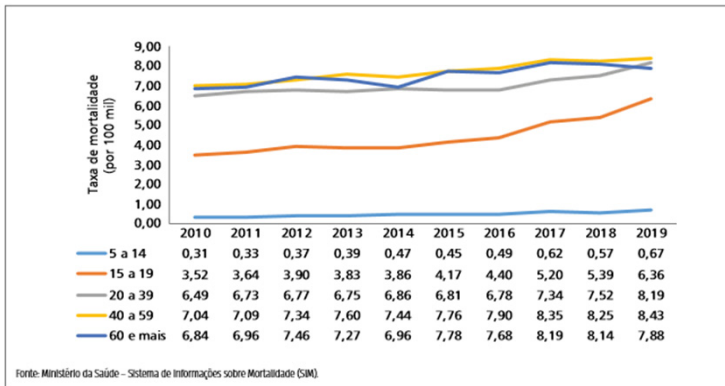
FIGURA 02: Evolução das taxas de mortalidade por suicídio, ajustados por idade, segundo sexo, no período de 2010 a 2019.



FONTE: Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico (BRASIL, 2021a).

Na figura 02, é possível observar que o maior número de mortes tem sido de pessoas do sexo masculino, mas aqui não são apresentados dados mais específicos referente a identidade, por exemplo; sendo um ponto relevante a ser melhorado na exposição dos dados, pois não inclui pessoas LGBTQIA+ nesses dados, e não viabilizam estratégias voltadas a esse público que tanto sofre com casos de discriminação:

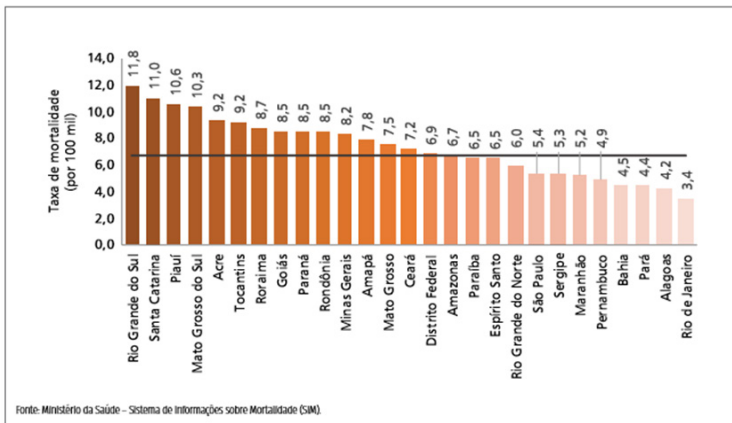
FIGURA 03: Evolução das taxas de mortalidade por suicídio, por faixa-etária no período de 2010 a 2019.



FONTE: Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico (BRASIL, 2021a).

Conforme a figura 03, observa-se um dado alarmante: no período exposto (de 2010 a 2019), o número de mortes entre adolescentes, em fase escolar, que compreende a faixa-etária entre 15 e 19 anos, quase dobrou, pois em 2010, era de 3,52%, e em 2019, era de 6,36%. O que confirma a análise dos autores apresentado ao longo do trabalho que relatam sobre o aumento das mortes dos adolescentes vítimas de suicídio na faixa entre 15 e 19 anos:

FIGURA 04: Taxas de mortalidade por suicídio, ajustadas por idade, segundo as UFs



Fonte: Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico (BRASIL, 2021a).

Com base nessa ilustração dos casos por Estado, observa-se que Minas Gerais ocupa até então, a 11<sup>a</sup> posição, com 8,2% de mortalidade. São dados preocupantes, que merecem atenção dos gestores públicos, principalmente, os que atuam na área da saúde pública, para que estratégias como mencionada ao longo da revisão de literatura em parceria com as escolas possam ser efetivadas, minimizando talvez em partes esse quadro (figura 04).

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Ao longo do trabalho, buscou-se compreender o papel da saúde nas escolas, e pela prática profissional, observa-se que esse programa de saúde nas escolas, efetivamente, ainda não está disponível para todos, e que a maioria das escolas não tem atendimento psicológico ou parcerias com as instituições locais. Compreende-se que o gestor público tem também um papel decisivo para viabilizar em ambos os lados (saúde e escola), uma ação mais estratégica.

Nesse sentido, ampliar esse diálogo, ressaltando sua relevância, é urgente, pois o suicídio de adolescentes em todo o Brasil, não é fato isolado, vide os dados do Boletim Epidemiológico desse ano, que trouxe dados crescentes do período de 2010 a 2019. Não há conforto ao apresentar essas informações, ao contrário, demonstra que a preocupação com o suicídio não pode se restringir a uma época do ano como o Setembro Amarelo, mas sim o ano inteiro e de forma interdisciplinar.

Há que se considerar ainda que a desigualdade social é um fator bem relevante, pois é perceptível como alguns Municípios e Estados ainda não possuem estruturas para no âmbito das escolas públicas ofertarem ações mais robustas, pois carecem de recursos humanos e financeiros. No que se refere ao papel do docente, este necessita de formação continuada e de apoio psicológico também para saber lidar com os entraves educacionais, pois muitas vezes, o educador é a única pessoa que o adolescente tem para relatar seus problemas, uma vez que não são todas as famílias que conseguem acolher os adolescentes com suas demandas, inseguranças e medos nesse período.

É perceptível que a escola tem um papel relevante e à gestão escolar, cabe reforçar a importância de esse espaço realizar um diagnóstico sobre a

situação de seus discentes, traçando estratégias para estabelecer parcerias que promovam o diálogo sobre a valorização da vida e a diminuição das taxas tanto de suicídio, quanto da automutilação.

Devido ao período curto da pesquisa e sua realização, não foi possível trazer dados verificados diretamente com a Escola ou com os alunos que fazem parte do cotidiano escolar da primeira autora. É sabido que na referida escola há ações no setembro amarelo, em um desses momentos, foi possível ler no *chat* da palestra ministrada por um psicólogo parceiro da escola, algumas frases bem impactantes como “o tema deve ser abordado não somente no mês de setembro”, “obrigado por nos esclarecer sobre nossos medos”, “nós jovens somos pouco ouvidos em casa”, “só quem sente a dor, pode imaginar o vazio que sentimos”, “a sociedade está de cabeça virada, não respeita os valores e a gente que tem se sente deslocado”.

Embora esses diálogos não estejam no decorrer do trabalho, são reflexos de ações que acontecem nas escolas, reforçando o quão necessário o são no ambiente escolar para além de uma data específica.

## REFERÊNCIAS

ANNUNCIATO, Pedro. Suicídio, o que a escola pode fazer? In: **Nova escola** Ed. 315 Setembro de 2018. Disponível em: <https://novaescola.org.br/conteudo/12462/suicidio-o-que-a-escola-pode-fazer> Acessado em: 23 de out. 2021.

BARROS, Antônio Marlon Coutinho. **Suicídio entre jovens na escola:** levantamento de fatores motivadores entre vítimas na literatura. 2018. 29 f. Artigo (Especialização) - Curso de Especialização em Saúde da Família, Instituto de Ciências da Saúde - Ics, Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-brasileira, Redenção, 2018. Disponível em: <https://repositorio.unilab.edu.br/jspui/handle/123456789/1599> Acessado em: 23 de out. 2021.

BOTEGA, Neury José. **Crise suicida**. Artmed Editora, 2015.

BRANDÃO, Washington Oliveira; FERREIRA, Eleonora Arnaud; SUS-SUARANA, Adriele Cardoso. O suicídio no contexto dos processos de civilização. **PRACS: Revista Eletrônica de Humanidades do Curso de Ciências Sociais da UNIFAP**, v. 8, n. 2, p. 229-245, 2016.

BRASIL, Eysler Gonçalves Maia et al. Promoção da saúde de adolescen-



tes e Programa Saúde na Escola: complexidade na articulação saúde e educação. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 51, 2017.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portal institucional. **Boletim Epidemiológico de 2019**. Disponível em: <https://antigo.saude.gov.br/images/pdf/2019/setembro/13/BE-suic--dio-24-final.pdf> Acessado em 29 de out. 2021.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portal institucional. **Boletim Epidemiológico**, 2021a. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-> Acessado em 29 de out. 2021.

BRASIL, Ministério da Educação. Portal Institucional. **Programa Saúde nas Escolas**, 2021b. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/expansao-da-rede-federal/194-secretarias-112877938/secad-educacao-continuada-223369541/14578-programa-saude-nas-escolas> Acessado em 18 de nov. 2021.

COSTA, Káren Maria Rodrigues; MIRANDA, Cássio Eduardo Soares. Associação entre bullying escolar e suicídio: uma revisão integrativa da literatura. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental/Brazilian Journal of Mental Health**, v. 12, n. 31, p. 312-327, 2020.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2007.

GUTIERREZ, Denise Machado Duran et al. Suicídio: diálogos interdisciplinares. **Suicídio: diálogos interdisciplinares**, 2018.

MÜLLER, Sonia; PEREIRA, Gerson Silveira; ZANON, Regina Basso. Estratégias de prevenção e pósvenção do suicídio: Estudo com profissionais de um Centro de Atenção Psicossocial. **Revista de Psicologia da IMED**, v. 9, n. 2, p. 6-23, 2017.

NASCIMENTO, Gilvan Sales. Possibilidades a prevenção do suicídio dos jovens. **Revista Científica Multidisciplinar Brilliant Mind**, v. 4, n. 04, 2020.

NEVES, José Luis. Pesquisa qualitativa: características, usos e possibilidades. **Caderno de pesquisas em administração, São Paulo**, v. 1, n. 3, p. 1-5, 1996.

OMS, Organização Mundial da Saúde. Portal institucional. Versão em inglês do Relatório sobre saúde mental, 2021. Disponível em: [https://www.who.int/health-topics/mental-health#tab=tab\\_1](https://www.who.int/health-topics/mental-health#tab=tab_1) acessado em 29 de out. 2021.

PICO, Maria Albertina Delgado. **Prevenção do suicídio em contexto comunitário e em contexto hospitalar**. 2020. Dissertação de Mestrado. Universidade de Évora.

PRODANOV, Cleber Cristiano; FREITAS, Ernani Cesar de. **Metodologia do trabalho científico: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico-2ª Edição**. Editora Feevale, 2013.

SANTOS, Lucas Silvestre dos. **Corpos juvenis e escola: uma relação intrínseca na constituição do corpo social**. 2017.

SANTOS, Luciana Almeida; KIND, Luciana. Integralidade, intersetorialidade e cuidado em saúde: caminhos para se enfrentar o suicídio. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 24, 2019.

SILVA, Gabriel Veloso da et al. Promoção de saúde mental para adolescente em uma escola de ensino médio-Um relato de experiência. **Revista do NUFEN**, v. 11, n. 2, p. 133-148, 2019.

SUASSUNA, Alice Pinheiro et al. Percepções de alunos da rede pública de ensino de natal/RN sobre educação em saúde na escola. **Revista Ciência Plural**, v. 6, n. 2, p. 66-81, 2020.

WILL, Samanta Felipe. **Processo de cuidado da enfermagem à adolescentes com ideação e tentativa de suicídio**. 2021. TCC (graduação) - Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Centro de Ciências da Saúde, Curso de Enfermagem. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/228434?show=full>. Acesso em: 21 mar. 2022.

# CONTROLE SOCIAL E PARTICIPAÇÃO DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE CARANDAÍ-MG

*Uyara Leal Alves<sup>1</sup>*

*Silvia Valéria Moreira Rangel<sup>2</sup>*

*Adalberto Oliveira Brito<sup>3</sup>*

*Nely Sobrinho Silva<sup>4</sup>*

*Douglas Ribeiro Pimenta<sup>5</sup>*

*Deivid Junior Mafra Benigno<sup>6</sup>*

## INTRODUÇÃO

A democracia é uma forma de organização política associada desde a antiguidade como a ideia de que todos os cidadãos têm o direito de tomar decisões a respeito ao interesse público, participando tanto na formulação das leis quanto no processo na implementação de políticas públicas. A democracia no seu termo etimológico significa governo do povo, governo da maioria:

---

1 Especialista em Gestão em Saúde (IFNMG). [uyaraleal@hotmail.com](mailto:uyaraleal@hotmail.com).

2 Especialista em Gestão Pública (UFF), Gestão Pública de Organização e Serviços de Saúde (UFJF), Informação de saúde (UNIFESP), Micropolítica em Gestão de Trabalho em Saúde (UFF) e Auditoria de Sistemas de Saúde (UNESA). [silvianran-gelestudos@gmail.com](mailto:silvianran-gelestudos@gmail.com).

3 Especialista em Gestão Pública (UFSJ), Gestão Pública Municipal (UFF) e Gestão em Saúde Pública (UFF). Graduado em Direito (UFRJ/FND) e em Administração Pública (UFF). [adalbertooliv@gmail.com](mailto:adalbertooliv@gmail.com).

4 Especialista em Psicopedagogia Institucional e Gestão Escolar (ISESJT). [nelysobrinhosilva@gmail.com](mailto:nelysobrinhosilva@gmail.com).

5 Advogado e Graduado em Direito (UNESA). [douglasrpimenta@yahoo.com.br](mailto:douglasrpimenta@yahoo.com.br)

6 Especialista em Gestão de Impactos Ambientais (ANHANGUERA). Graduado em Gestão Ambiental (UNIPLI). [deividjr.mafra31@gmail.com](mailto:deividjr.mafra31@gmail.com).

por democracia entende-se uma das várias formas de governo, em particular aquelas em que o poder não está nas mãos de um só ou de poucos, mais de todos, ou melhor, da maior parte, como tal se contrapondo às formas autocráticas, como a monarquia e oligarquia (BOBBIO, 2000, p. 07).

Na Grécia antiga o conceito de democracia estava muito ligado a participação popular, o povo ia para a praça pública e deliberava o que era importante ou não para sua cidade e, principalmente, deliberavam o que era melhor para seus compatriotas. Embora se possa facilmente questionar se, de fato, existia uma democracia na Grécia Antiga e quem eram os cidadãos que podiam participar dos debates na praça pública.

A ideia de representação começou a ganhar forma na modernidade, tendo origem na passagem do princípio da soberania monárquica para a soberania popular, protagonizada pela luta da burguesia contra o poder dos reis, visando obter privilégios que só poderiam ser conseguidos interferindo na ação do Estado absolutista.

Desse modo, a Administração Pública no Brasil tomou corpo com a Constituição Federal de 1988, conhecida como Constituição Cidadã, que instituiu a participação popular nas decisões políticas do país, descrita no seu artigo 1º, que diz: “todo poder emana do povo, que o exerce por meio de representantes eleitos ou diretamente, nos termos desta constituição.” (BRASIL, 2008). Entre os direitos constituídos, está a formulação de políticas públicas e o seu controle.

A constituição Federal de 1988 possibilitou a sociedade participar no processo de fiscalização das políticas públicas, seja por meios de mecanismo de controle social, seja pela participação de individual de cada cidadão. Sob a ótica do mecanismo do controle social, foram elencadas esta participação nos artigos 198, 206 e 204, que preconiza os Conselhos Gestores de Saúde, Educação e de Assistência Social para formulação de políticas públicas. De acordo com Lock (2004), o controle social consiste na participação individual ou coletiva de cidadãos, provocando os órgãos administrativos, fundamentando-se na legislação, para defesa dos direitos fundamentais ou do patrimônio público.

O mecanismo do controle social, previsto constitucionalmente, passou a ser exercido por meio dos conselhos de políticas públicas,

preconizado no Portal da Transparência do Governo Brasileiro (BRASIL, 2008). Os conselhos são espaços públicos de composição plural e paritária, em que Estado e sociedade civil possuem uma responsabilidade, de natureza deliberativa e consultiva, cuja função é formular e controlar a execução das políticas públicas setoriais. Diante das três instâncias do governo (Federal, Estadual e Municipal), tiveram a sua origem no processo constituinte e na legislação ordinária que se seguiu, especialmente, nas áreas de saúde, assistência social e meio ambiente.

O caráter deliberativo e fiscalizador impõe aos conselhos gestores de políticas públicas um importante papel na construção e na consolidação da democracia, para minimizar as desigualdades, incidindo uma “[...] definição de macro prioridades e na formulação de políticas públicas regulatórias.” (SANTOS JUNIOR; RIBEIRO; AZEVEDO, 2004, p. 23). Atualmente, todos os municípios brasileiros possuem, pelo menos, um tipo de conselho.

Nesse sentido, este trabalho aborda o controle social na saúde, avaliando a atuação do Conselho Municipal de Saúde (CMS), de Carandaí (MG), sobre atuação do conselho na instância de controle social. Para isso, objetiva verificar a publicização das ações do CMS de Carandaí (MG), no sentido de identificar quais são as ações adotadas para dar transparência da participação social, que resulte em controle social e verificação da prestação de contas na gestão de política deste município, com bases legais da legislação sobre as atribuições de um conselho municipal de saúde.

## **CONTROLE SOCIAL E OS CONSELHOS DE SAÚDE**

Os Estados e os Municípios formulam a política de saúde através da institucionalização de conselhos representativos. Através desta implementação, o Ministério da Saúde estabeleceu as regras de funcionamento do Sistema Único de Saúde (SUS), à medida que tais conselhos funcionam como um instrumento de mecanismo de controle social para fiscalizar as políticas adotadas pelos entes federativos.

A expressão “controle social” tem origem na sociologia, empregada para designar os mecanismos que estabelecem a ordem social, disciplinando a sociedade, submetendo os indivíduos a determinados padrões sociais

e princípios morais. Paludo (2012) define como “conjunto de métodos pelos quais a sociedade influencia o comportamento humano, tendo de manter determinada ordem”. No entanto, na política, o controle social tem sentido ambíguo, isto quer dizer, a designação do controle do Estado sobre a sociedade, como também designar o controle da sociedade (ou de setores organizados na sociedade) sobre as ações do Estado.

Por sua vez, o controle social é a maneira da sociedade participar na gestão pública, seja na fiscalização, no monitoramento e nas ações da Administração Pública, como mecanismo de prevenção contra corrupção e fortalecendo da participação popular (BRASIL, 2008). Com isso, a noção de controle social teve, ao longo do tempo, várias mudanças, variando de acordo com a especificidade do modo de produção e regimes políticos. Para entender essa evolução, temos que atentar aspectos históricos sobre o controle social no Brasil.

O Brasil foi considerado, até o início de seu processo de democratização, um país com baixa propensão associativa, fenômeno ligado às formas verticais de organização da sociedade política, decorrentes de um processo de colonização que constituiu uma esfera pública fraca e ampliadora da desigualdade social gerada pela esfera privada (AVRITZER, 2010). Durante o período anterior à Constituição de 1988, ditadura e transição democrática, a autonomia do administrador público lhe permitia desenvolver agendas próprias, independentemente das demandas sociais, facilitando assim a introdução de práticas patrimonialistas em relação às instituições (PIRES, 2011).

A partir dos anos 1970, evidenciou-se o surgimento de uma sociedade civil autônoma e democrática, contrapondo-se às formulações e às instituições absolutistas realizadas anteriormente (COSTA et al., 2015). Esse relacionou-se com diferentes fenômenos, entre eles, crescimento das associações civis, em especial, as associações comunitárias; reavaliação da ideia de direitos; a ideia da autonomia do âmbito organizacional em relação ao Estado; transformações institucionais, jurídicas e administrativas, e a defesa de formas públicas de apresentação de demandas e de negociação com o Estado (AVRITZER, 2010).

A inovação ocorrida no Brasil transforma a participação social em um dos mecanismos institucionais para a garantia dos direitos sociais e

da proteção social contra os riscos e vulnerabilidades. No contexto atual, a sua prática deve ser analisada como um processo heterogêneo. Nas intenções e sentidos originais, a participação social, concebida para a defesa dos direitos sociais, da proteção social e da democracia, está baseada na democratização e transparência do sistema decisório, maior aproximação das demandas populares com repercussão sobre a equidade nas políticas públicas e alargamento da presença da sociedade nas ações estatais, ampliando os direitos e a execução de ações para atender ao interesse público (SILVA; JACCOUD; BEGHIN, 2005).

Com a Constituição Federal de 1988, obteve-se um conjunto de formas de participação política, com formas consultivas e deliberativas da participação popular no processo de tomada de decisão, resultando estimulação da formulação de políticas “de baixo para cima”, criando instâncias de participação social através de conselhos. Foi construído no Brasil um interesse público com a participação cidadã, fazendo com que a democratização e as políticas sociais tenham máximo de controle social, tanto político sobre o Estado e suas políticas públicas (MATOS, 2009). Com essas iniciativas, instituíram-se os conselhos de políticas públicas como uma das formas de controle social para que os cidadãos pudessem participar do processo de tomada de decisões da Administração Pública, além da fiscalização e do controle dos gastos públicos, como também avaliação dos resultados alcançados da ação governamental (BRASIL, 2008).

Entre esses conselhos, estão os conselhos de saúde, que através da criação do Sistema Único de Saúde (SUS), pela Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990, a saúde passou a ser uma questão de cidadania, com a participação política. Com isso, os conselhos de saúde permitiram a participação da sociedade na tomada de decisão, garantindo a democratização. Para Morita, Guimarães e Di Muzio (2006), os conselhos de saúde são um dos principais órgãos de controle social do SUS, ao possibilitar a participação da sociedade na construção, operação e gestão das políticas públicas de saúde. A participação dos conselhos de saúde está regulamentada pela Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que define conselhos como instâncias colegiadas de caráter permanente e deliberativo, composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários.

Devemos salientar que os conselhos de saúde não devem funcionar apenas como mecanismo de controle social, com premissa fiscalizatória das prestações de contas da gestão, mas são integrantes da estrutura básica da Secretaria de Saúde dos Estados e dos Municípios. Portanto, as três esferas do poder devem dar suporte administrativo para estruturação e funcionamento dos conselhos no âmbito federal, municipal e local, garantindo-lhes dotação orçamentária (SILVA, 2021).

O Conselho Municipal de Saúde (CMS) tem o poder de atuar na formulação de estratégias e obter controle da execução das políticas públicas de saúde. Noutras palavras, o CMS tem a finalidade de formular, propor, discutir, acompanhar, avaliar e fiscalizar todas as implementações de políticas públicas de saúde no município. Por isso, segundo a legislação, os conselhos de saúde atuam compartilhando suas atribuições juntamente com os gestores das secretarias. De acordo com dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), predominam, quantitativamente, os conselhos municipais de saúde em relação às outras áreas como meio ambiente, turismo, cultura, dentre outras (BRASIL, 2001).

## **METODOLOGIA**

Este estudo tem a finalidade de promover uma pesquisa exploratória e descritiva, de cunho qualitativo, em que são utilizados documentos públicos, disponibilizados na Prefeitura Municipal de Carandaí (MG), destinados ao CMS, que dizem respeito à constituição do CMS e Resoluções, com a observância em participações em reuniões abertas à população promovidas pelo CMS. A técnica de coleta de dados e o tratamento para análise de dados seguiram as três etapas propostas por Bardin (2011): pré-análise da leitura flutuante do material e dos documentos coletados, analisando hipóteses e formulando os objetivos; exploração do material; tratamento dos resultados obtidos e interpretação.

O estudo foi embasado em análise documental, fundamentado na apreciação das atas das reuniões do Conselho Municipal da Saúde de Carandaí (MG), a partir de 2020. O CMS de Carandaí foi criado pela Lei Municipal nº 2384/2020, e está integrado por três segmentos sociais e por representação paritária de 50% de representantes de entidades de usuários,



25% de trabalhadores em serviços de saúde, 25% de gestores de órgãos públicos, totalizando 16 membros titulares e 16 membros suplentes, indicados pelas entidades/órgãos eleitas em Conferência Municipal de Saúde.

Nesse sentido, foram analisadas 12 atas, das quais foram selecionadas 10 que mencionaram “políticas de saúde”, incluindo participação dos conselheiros em capacitação, ofertada pela Secretaria Regional de Saúde de Barbacena (MG), no qual os conselheiros julgaram insignificante, pois o tema abordava sobre Sistema Único de Saúde (SUS), e não se falou qual verdadeiro papel e importância de um conselheiro.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

O CMS, em seu Regimento Interno, se define de caráter permanente, como órgão deliberativo, normativo e fiscalizador, que objetiva estabelecer acompanhamento, controle e avaliação da política municipal de saúde, constituindo a instância máxima no município no que diz a avaliação e controle da execução da política municipal de saúde”. Mas o CMS aponta sua finalidade de formular, propor, discutir, implementar e fiscalizar a implementação e a execução da política de saúde no município de Carandaí, inclusive, nos aspectos econômico e financeiro.

Como instância de controle social, o CMS de Carandaí tem por obrigação legal realizar a publicização, a transparência e a prestação de contas sobre a política de saúde adotada no município e as ações decorrentes desta. O conselho é formado por dezesseis Conselheiros, sendo quatro representantes do governo; quatro representantes dos trabalhadores em saúde e oito representantes do segmento usuários. Contudo, do ponto de vista da representação, a sociedade civil parece contemplada no CMS. A publicização das ações em saúde e das atividades do conselho são efetivadas nas reuniões ordinárias que acontecem sempre na primeira quinta-feira do mês, previstas em seu regimento interno e a lei de criação (Lei Municipal nº 2384/2020). Foram analisadas resoluções, pautas de reuniões ordinárias e extraordinárias.

Os dados da pesquisa trazem as significações coletivas e formas de luta do CMS como instância de controle social. De acordo com Costa e Paulon (2012), se considerarmos a saúde como direito, os processos de

gestão precisam inserir a coletividade na discussão, elaboração e definição das políticas de saúde. A autora propõe um modelo em que as significações e as formas de luta engendradas coletivamente traduzem aspectos importantes para que se compreenda tanto a oferta de ações de saúde como o desejo coletivo dessas ações pelos atores sociais.

O caderno de atas com a atual gestão tem 12 atas, no qual entre as 10 publicações, compreendem os meses de janeiro a outubro de 2021. São atas que contemplam formação da mesa diretora, como deliberação e fiscalização das políticas públicas, como também medidas adotadas ao combate da pandemia do COVID-19. Foram observadas a falta de interesse de participação nas reuniões a que tivemos acesso, os representantes do governo e representantes trabalhadores da saúde.

Após analisar os fatos da verdadeira situação atual do Conselho Municipal de Saúde de Carandaí (MG), através do material pesquisado, verifica-se que tal Conselho deixa a desejar no que se refere às ações de proposição e formulação de políticas de saúde. Como atuação como conselheiros de saúde, os participantes mantêm suas atribuições em outras instâncias da sociedade. Uma das principais dificuldades encontradas pelos conselheiros para o efetivo cumprimento da totalidade de suas atribuições, ocorre devido às demandas diárias, que impedem o Conselho de se dedicar mais ao papel de formular sobre políticas de saúde, assim como por deficiência organizativa do próprio colegiado.

Outros obstáculos detectados acontecem em virtude dos diferentes níveis de compreensão e participação dos conselheiros, no tocante às atividades do controle social, de forma que alguns deles conseguem assumir tarefas e desempenhá-las de forma satisfatória, enquanto outros têm mais dificuldades de exercer determinadas atribuições, seja por falta de empenho ou compromisso, seja por falta de formação ou capacitação. Pelos resultados analisados, observa-se que três princípios cruciais para que haja um controle social efetivo são feridos, embora ocorram em maior ou menor grau: a publicização, a transparência e a prestação de contas, o que por sua vez acaba por desestimular a participação popular.

Em relação à participação da sociedade civil no controle social, foi analisado que os conselheiros participam no conselho, através do Movimento Comunitário Organizado, entidades representantes de

portadores de necessidades especiais, Centro de Defesa do Consumidor, Centrais Sindicais. Essa participação dos representantes dos movimentos populares no conselho deveria caracterizar-se por ser propositiva. Mas a participação dos movimentos populares em atividades conjuntas com o CMS de Carandaí limita-se a ser consultiva, uma vez que não se conseguiu atingir um amplo processo de discussão conjunta entre o conselho de saúde e demais movimentos populares organizados, que resultasse em ações de maior efetividade. Essas participações, teoricamente, possibilitariam a diminuição do hiato existente entre as demandas sociais e os agentes principais, permitindo que as decisões sobre as ações na saúde sejam negociadas com os representantes da sociedade, uma vez que eles detêm o conhecimento sobre a realidade da saúde das comunidades, orientando medidas a serem adotadas com objetivo de atender ao interesse público.

Por fim, o Conselho Municipal de Saúde de Carandaí (MG) realiza o controle social, de forma a cumprir apenas suas atividades básicas, conforme previsto na política quanto ao alcance dos resultados esperados, ou seja, com efetividade. Também uma fraca atuação por parte dos conselheiros, seja por falta de interesse ou falta de capacitação, em saber qual verdadeiro papel de um conselheiro. Falta diálogo, compreensão e acesso de informação. Observamos ainda que alguns conselheiros são conselheiros por *status*, ou por conveniência política, resumindo não sabe importância do seu papel.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O Brasil caminhou nas últimas décadas na direção de uma sociedade altamente organizada, que apresenta crescentes demandas sobre as estruturas do Estado. No sentido de atender essas demandas, são delegados aos agentes do Estado uma série de poderes; e para ter certeza de que esses poderes serão usados da melhor forma possível, essa mesma sociedade estabelece inúmeras formas de controle desse aparelho governamental. Contudo, a função do controle social é o mecanismo da sociedade de participar, juntamente com a Administração Pública, para acompanhar e fiscalizar ações do governo. Atualmente, os Conselhos são um dos principais espaços para o exercício da participação e do controle social sobre a

implementação das políticas de saúde em todas as esferas governamentais.

Analisando especificamente o Conselho Municipal de Saúde de Carandaí (MG), em que a participação e o controle social não estão efetivados em plenitude. Contribui para isso a falta de informação dos seus participantes e da sociedade civil como um todo, a falta de capacitação dos dirigentes dos conselhos e ainda a limitação dos conselhos em apenas controlar a execução de políticas de saúde. É imprescindível que as informações sejam divulgadas previamente às reuniões dos conselhos para estimular a participação, assim como nivelar o nível de conhecimento dos participantes para que haja uma troca de razões. É necessária uma preparação apropriada dos seus conselheiros através de cursos de capacitação, para que eles tenham maior ciência de suas atribuições, e executem-nas da melhor maneira possível, impactando na melhoria da qualidade de vida da população.

Além disso, com essa melhor formação, eles tornam-se referência no assunto e multiplicadores do conhecimento adquirido, permitindo que mais pessoas tenham acesso às informações adequadas e a sociedade como um todo possa informar-se. A efetivação do controle social das classes subalternas está para além da atuação dos segmentos sociais no espaço institucional dos conselhos, requer a articulação das forças políticas que representam os interesses das classes subalternas em torno de um projeto para a sociedade, que tenha como horizonte o rompimento com a sociabilidade do capital (BRAVO; CORREIA, 2012).

Por fim, para que o Conselho Municipal de Saúde de Carandaí (MG) seja considerado pleno e efetivo, faz-se necessário que sejam executadas atividades até então restritas, no que se refere à formulação de estratégias. Ao desenvolver essa atividade, criam-se condições para que sejam pactuados e estabelecidos compromissos entre a gestão pública, os trabalhadores e os usuários, visando o desenvolvimento e a qualificação dos serviços e das políticas públicas de saúde.

## REFERÊNCIAS

AVRITZER, Leonardo. A dinâmica da participação local no Brasil. **Democracia, desigualdade e políticas públicas no Brasil**. AVRITZER, L v. 2, p. 14-49, 2010.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.

BOBBIO, Norberto. **Teoria geral da política: a filosofia política e as lições dos clássicos**. Trad. Daniela Beccaccia Versiani. Rio de Janeiro: Campus, 2000.

BRASIL. **Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do sistema único de saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.

BRASIL. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)**. Pesquisa de informações básicas municipais, 2001.

BRASIL. **Portal da Transparência**. Controle Social – Conselhos municipais e controle social, 2008.

BRAVO, Maria Inês Souza; CORREIA, Maria Valéria Costa. Desafios do controle social na atualidade. **Serviço Social & Sociedade**, p. 126-150, 2012.

COSTA, Diogo Faria Corrêa da; PAULON, Simone Mainieri. Participação Social e protagonismo em saúde mental: a insurgência de um coletivo. **Saude em debate**, v. 36, n. 95, p. 572-582, 2012.

COSTA, Maria Teresa Pires et al. Controle e Participação social no Conselho Municipal de Saúde de Natal-RN. **Revista INTERFACE-UFRN/CCSA ISSN Eletrônico 2237-7506**, v. 12, n. 2, 2015.

LOCK, Fernando do Nascimento. Participação popular no controle da administração pública: um estudo exploratório. **Revista Eletrônica de Contabilidade**, v. 1, n. 1, p. 134, 2004.

MATTOS, Ruben Araújo de. Os Sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca dos valores que merecem ser defendidos 1. **Texto extraído do sítio–Laboratório de Pesquisa de Práticas de Integralidade em Saúde (LAPPIS)**. v. 13, n. 07, 2009. Disponível em: [www.lappis.org.br](http://www.lappis.org.br). Acesso em: 2009.

MORITA, Ione; GUIMARÃES, Julliano Fernandes Campos; DI MUZIO, Bruno Paulino. A participação de Conselheiros Municipais de Saúde: solução que se transformou em problema?. **Saúde e sociedade**, v. 15, p. 49-57, 2006.

PALUDO, Gerônimo. **O papel do Conselho Municipal de Saúde (CMS) na consolidação do SUS no município de São Francisco de Paula, RS**. 2012.

PIRES, Alexandre Kalil. Participação social em organizações públicas. **Governo Federal**, v. 57, 2011.

SANTOS JUNIOR, Orlando Alves dos et al. Governança democrática e poder local: a experiência dos conselhos municipais no Brasil. In: **Governança democrática e poder local: a experiência dos conselhos municipais no Brasil**. 2004. p. 286-286.

SILVA, Gabriela da Costa. A gestão dos recursos do FUNDEB no estado da Paraíba: o papel dos Conselhos de Acompanhamento e Controle Social-CACS. 2021.

SILVA, Frederico Barbosa da; JACCOUD, Luciana; BEGHIN, Nathalie. Políticas. Sociais no Brasil: participação social, conselhos e parcerias. **Questão social e políticas sociais no Brasil contemporâneo. Brasília: IPEA**, 2005.

# PERCEPÇÃO DE GESTORES DE SAÚDE ACERCA DO GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE

*Ana Cristina Oliveira de Almeida<sup>1</sup>*

*Weberson da Silva Ferreira<sup>2</sup>*

*Bárbara Oliveira de Moraes<sup>3</sup>*

*Kayque Ramon Bezerra Pereira<sup>4</sup>*

*Manassés dos Santos Silva<sup>5</sup>*

## INTRODUÇÃO

Associado com a expansão e modernização da sociedade, o consumismo provoca um aumento significativo na exploração de recursos naturais e sem a conscientização do descarte dos resíduos gerados. Segundo Oliveira *et al.* (2019), a produção diária de resíduos sólidos urbanos no Brasil atingiu um total de 215 mil toneladas em 2017. Se comparado com 2018, a geração de RSU no Brasil aumentou quase 1% e chegou, aproximadamente, a 216 mil toneladas diárias (ABRELPE, 2018; 2019).

A gestão de resíduos busca soluções, através de ações direcionadas,

- 
- 1 Graduada em Enfermagem pelo Centro Universitário de Leste de Minas Gerais. Especialista em Enfermagem do Trabalho (AVM). Especialista em Formação Pedagógica em Educação Profissional na Área da Saúde: Enfermagem (UFMG). E-mail: acoa84@hotmail.com.
  - 2 Graduado em Geografia e em Engenharia de Produção (PUC-MINAS). Especialista em Educação Ambiental (UEMG). Especialista em Engenharia de Segurança do Trabalho (UCM) E-mail: webersonsferreira@yahoo.com.br.
  - 3 Graduada em Administração Pública (UFF). Doutoranda em Serviço Social (PUC-RIO). E-mail: bomorais@gmail.com.
  - 4 Graduado em Engenharia Agrônômica (UFRB). Doutorando em Ciências Agrárias (UFRB). E-mail: kayquelibras@gmail.com.
  - 5 Graduado em Biotecnologia (UFBA). Doutor em Biotecnologia (UEFS). E-mail: manasses.tec@hotmail.com.

de modo a evitar danos à saúde pública e ao meio ambiente (CHAVES *et al.*, 2020). Gerenciar os resíduos deve ser prática constante e natural em todos os estabelecimentos deste setor, pois demonstra a responsabilidade empresarial quanto ao cumprimento das normas inerentes à atividade profissional, e também sobre a necessidade de garantir a saúde geral da população envolvida no processo (AGUIAR *et al.*, 2021).

Nesse sentido, o adequado gerenciamento destes resíduos não está associado apenas à destinação correta para aquilo que é considerado lixo, o que torna necessário também, implementar diversas ações de preservação do meio ambiente e a saúde ocupacional dos trabalhadores do estabelecimento e da área de coleta e tratamento dos resíduos. Para isso, é necessário incluir, segundo Chaves *et al.* (2020), que as “ações voltadas a não geração, redução, minimização, reciclagem, tratamento e disposição final ambientalmente adequada dos rejeitos”. Nazari *et al.* (2020) afirma que:

Os resíduos de serviços de saúde (RSS) são todos aqueles resíduos gerados nos serviços que prestam atendimento à saúde humana ou animal. Os RSS são classificados em cinco grupos (Grupo A, Grupo B, Grupo C, Grupo D e Grupo E), dos quais uma parcela apresenta periculosidade. A legislação brasileira recomenda que os resíduos pertencentes ao Grupo D sejam reciclados (NAZARI *et al.*, 2020).

Para regulamentar a atividade e combater a possíveis irregularidades, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), em suas Resoluções da Diretoria Colegiada (RDC) (BRASIL, 2006), determina alguns critérios para o manejo dos resíduos de saúde tanto interna quanto externamente ao estabelecimento gerador. Para Brasil (2006):

A gestão compreende as ações referentes às tomadas de decisões nos aspectos administrativo, operacional, financeiro, social e ambiental e tem no planejamento integrado um importante instrumento no gerenciamento de resíduos em todas as suas etapas, geração, segregação, acondicionamento, transporte, até a disposição final -, possibilitando que se estabeleça de forma sistemática e integrada, em cada uma delas, metas, programas, sistemas organizacionais e tecnologias, compatíveis com a realidade local (BRASIL, 2006).

Contudo, observa-se a necessidade de melhorar as condições de trabalho e prevenir agravos à saúde dos trabalhadores e impactos ambientais, no sentido de buscar a efetivar a disposição final correta. conforme estabelecido



na legislação brasileira. Com isso, minimizar a geração de resíduos e proporcionar um manejo seguro e eficiente, visando a proteção dos trabalhadores, a preservação assim a saúde, os recursos naturais e o meio ambiente. Assim, este estudo traz uma abordagem da percepção de gestores de saúde acerca do gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (RSS).

## **METODOLOGIA DA PESQUISA**

O presente estudo trata-se de pesquisa descritiva exploratória bibliográfica (levantamento de informações), em que foram utilizados estudo de dados divulgados pelos órgãos públicos e privados acerca do gerenciamento dos resíduos dos serviços de saúde. Para tanto, foi realizado um levantamento bibliográfico, que possibilitando o profissional da área assistencial e de pesquisa localizar consistentemente e fundamentada, a informação científica mais adequada disponível durante uma dúvida ou questionamento (SENA *et al.*, 2021). Ainda foi realizado uma busca de dados fornecidos pelos órgãos competentes de referência ao manejo: Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e o Conselho Nacional de Meio Ambiente (CONAMA).

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

### ***Conhecimento teórico da legislação dos Resíduos de Serviços de Saúde (RSS)***

O Plano de Gerenciamento de Resíduos Serviços de Saúde (PGRSS) é um documento técnico que, segundo a ANVISA (2014), “identifica o tipo e a quantidade de resíduos gerados pela unidade de saúde, e indica práticas ambientais corretas para a segregação, coleta, armazenamento, transporte, reciclagem e destinação final”. O PGRSS, é um documento obrigatório exigido a todos os geradores de resíduos de serviços da saúde, tem como objetivos gerais: sistematizar o gerenciamento dos RSS, minimizar a produção de resíduos, proporcionar acondicionamento adequado, garantir destinação final correta, além de garantir a segurança dos funcionários, preservar a saúde pública e o meio ambiente (CONAMA, 2004). Este documento é regulamentado pelas resoluções CONAMA n° 283/01, CONAMA n° 358/05, ANVISA RDC 306/04. Destaca-se como Resíduos

Serviços de Saúde (RSS), de acordo com CONAMA (2001),

aqueles provenientes de qualquer unidade que execute atividades de natureza medico-assistencial, humana ou animal, gerados em centros de pesquisa, desenvolvimento ou experimentação na área de farmacologia e saúde, incluindo os medicamentos e imunoterápicos vencidos ou deteriorados, e ainda resíduos provenientes de necrotério, funerárias, serviços de medicina legal e de barreiras sanitárias conforme sua Resolução 05/93 do Conselho Nacional de Meio Ambiente (CONAMA), e reiterada pela Resolução 283/01 do referido conselho.

Como se vê, quando se fala em questão ambiental, o gerenciar os resíduos de resíduos, passa a ser um procedimento de extrema importância na preservação da qualidade da saúde e do meio ambiente. Assim, a ANVISA (2014) classifica os resíduos dos serviços de saúde em 5 grupos, sendo que os grupos A e E são infectantes e devem ser tratados diferentemente, como pode ver no Quadro 01:

QUADRO 01: Classificação dos RSS em função de suas características e consequentes riscos que podem acarretar ao meio ambiente e à saúde (ANVISA, 2014).

| <b>Grupo</b>   | <b>Classificação de Risco</b>   |
|----------------|---|
| <b>Grupo A</b> | Dentro deste grupo são encontrados resíduos que possivelmente possuem agentes biológicos, desta maneira, apresentando riscos de causar infecções. Divide-se em 5 subgrupos (A1, A2, A3, A4 e A5), baseado nas diferenças entre os tipos de RSS que possuem estes agentes. |
| <b>Grupo B</b> | Nestes resíduos estão presentes substâncias químicas que, possivelmente, conferem risco à saúde pública ou ao meio ambiente.  |
| <b>Grupo C</b> | Englobam materiais oriundos de atividades humanas que possuem radionuclídeos em quantidades acima dos limites aceitáveis segundo as normas do CNEN.   |
| <b>Grupo D</b> | Neste grupo estão presentes os resíduos que não apresentam risco químico, biológico e nem radioativo para a saúde dos seres vivos, muito menos ao meio ambiente, como por exemplo, papel de uso sanitário, fraldas, restos alimentares de paciente, entre outros.         |
| <b>Grupo E</b> | Grupo onde estão os materiais perfurocortantes ou escarificantes.   |

Fonte: ANVISA (2014)

Uma forma de averiguar o conhecimento teórico da legislação de RSS, é através da aplicação de questionário que vise coletar e analisar os dados. As questões podem envolver temas objetivos e subjetivos, tais como: conhecimento de normas e regulamentos, aplicações do PGRSS, percepção profissional sobre o gerenciamento de resíduos, noções de organização dos resíduos e boas práticas na geração, coleta, segregação e destinação final (BENTO *et al.*, 2017).

## **Prática do Gerenciamento dos RSS**

A geração e acumulação de resíduos sempre existiu na sociedade, principalmente, nos seus processos produtivos; um dos maiores problemas que afetam a humanidade e ao meio ambiente (AGUIAR *et al.*, 2021). No Brasil, com o estabelecimento da NBR 12.807, ABNT (BRASIL, 1993), adotou-se a denominação “Resíduos de Serviços de Saúde”, entendida como resíduo resultante das atividades profissionais realizadas no estabelecimento gerador, ou seja, aquele destinado à prestação de assistência sanitária a população. De acordo com Brasil (2006),

Os RSS são partes muito importantes do total de resíduos sólidos urbanos, não necessariamente pela quantidade gerada (cerca de 1% a 3% do total), mas pelo potencial de risco que tais resíduos representam à saúde humana e ao meio ambiente.

Nesse mesmo sentido, a ANVISA em sua resolução RDC 222/2018:

Regulamenta a obrigatoriedade de tratamento dos resíduos no estabelecimento gerador. Salienta que tais exigências também são aplicáveis aos prestadores de serviços de coleta, transporte, transferência e destinação de resíduos que devem executar essas atividades conforme as normas e legislações aplicáveis. A prática do gerenciamento de resíduos dos serviços de saúde deve obedecer aos critérios de segregação, acondicionamento, identificação, armazenamento e transporte, conforme a classe de risco biológico dos RSS (BRASIL, 2006).

Para os órgãos federais, responsáveis pela definição das políticas públicas pelos resíduos de serviços saúde, ANVISA e CONAMA, e a comunidade científica, esses resíduos representam um potencial de risco em duas situações:

- a) para a saúde ocupacional de quem manipula esse tipo de resíduo, seja o pessoal ligado à assistência médica ou médico-veterinária, seja o pessoal ligado ao setor de limpeza e manutenção;
- b) para o meio ambiente, como decorrência da destinação inadequada de qualquer tipo de resíduo, alterando as características do meio (BRASIL, 2006).

De fato, o risco no manejo dos RSS, geralmente, culmina na ocorrência de acidentes do trabalho, devido às falhas no acondicionamento e segregação dos materiais perfurocortantes, que nem sempre estão com a devida proteção mecânica (BRASIL, 2006). Aqueles que produzem os RSS são responsáveis pelo gerenciamento dos resíduos, desde a geração até a disposição final. Vale destacar que são atribuídas aos diversos responsáveis pelo gerenciamento de RSS, a responsabilidade solidária por ações que causem ou possam causar degradação ambiental, em especial, os transportadores e operadores das instalações de tratamento e disposição final (TOGNOC, 2015).

### **Percepção dos gestores de saúde acerca dos riscos relativos aos RSS**

O Gerenciamento dos RSS desde a sua formação na unidade de saúde, ao equacionamento da geração, do armazenamento, da coleta até a disposição final, serve de desafio permanente enfrentado pelos municípios e pela sociedade, em razão de suas características nocivas. Esta gestão integrada de resíduos, deve priorizar, respectivamente, a não geração, a minimização da geração e o reaproveitamento dos resíduos, a fim de eliminar os efeitos negativos sobre o meio ambiente e a saúde pública (BRASIL, 2006).

Durante muitos anos, a crescente produção de resíduos sólidos provocou diversos problemas associados ao seu descarte ideal, despertando no poder público a necessidade da implementação de providências para introduzir políticas e legislações que garantam o correto descarte dos mesmos, visando a possibilidade de diminuição dos impactos ambientais (SENA *et al.*, 2021). A preocupação com a questão ambiental diante dos RSS, torna o gerenciamento extremamente importante para a preservação da qualidade da saúde e do meio ambiente, e deve abranger tanto os profissionais de campo quanto aqueles indivíduos em formação, isto é, os futuros profissionais (CAMARGO e MELO, 2017).

Nesse sentido, os resíduos gerados pelas atividades de cuidados à saúde humana podem ser enquadrados como perigosos, tóxicos e/ou letais visto que possuem um grande potencial de infecção e de transmissão de doenças, os quais podem gerar graves consequências tanto para o meio ambiente quanto para a população (SENA *et al.*, 2021). Brasil (2006), reitera que as “entidades públicas e privadas devem implantar processos de segregação” de todos os tipos de resíduos em sua fonte e no momento de sua geração, para que ocorra o êxito na minimização de resíduos, em especial, àqueles que requerem um tratamento prévio à disposição final.

Outra constatação relaciona-se ao descarte inadequado de resíduos sólidos que possui grande variedade de produtos descartáveis, tendo o seu processo de reciclagem insuficiente, associado também à difícil mudança de comportamento da população ao longo do tempo (VENTURA *et al.*, 2021). A ausência e/ou deficiência dos treinamentos teóricos e práticos para uso de equipamento de proteção individual em ambiente insalubre e galpões de triagem estão entre os principais fatores de vulnerabilidade ao risco de contaminação pelo manuseio e descarte inadequado (DIAS *et al.*, 2020).

Desse modo, os estabelecimentos de saúde devem respeitar todas as normas aplicáveis e possuir um gestor comprometido e com plenos conhecimentos das atividades desenvolvidas na instituição, para que todos os resíduos gerados tenham a destinação adequada e segura, respeitando as diretrizes para garantir a saúde pública e um meio ambiente preservado e equilibrado conforme a Portaria nº 2.436, 2017. De acordo com Uehara *et al.* (2019),

O gerente da unidade de saúde deve exercer papel de educador, mas também de fiscalizador, considerando que o descarte de resíduos biológicos, com resíduos comuns, pode pôr em risco a saúde de todo o pessoal envolvido no manejo de RSS, e ainda haverá aumento do volume de resíduos infectantes, onerando os custos dos serviços de saúde e do município.

### **Facilitadores e/ou dificultadores para a gestão do PGRSS**

O Programa de Gerenciamento de Resíduos Serviços de Saúde (PGRSS) não é só um registro de intenções, ele aborda as condições de implementação e acompanhamento. Para Brasil, (2006), a “organização

das etapas de trabalho de maneira hierárquica, por ordem de prioridade, é necessária para a elaboração e implementação do PGRSS”, pois facilita a tomada de decisões e a consulta de todos os interessados de forma eficiente. A minimização de resíduos e a segregação de materiais recicláveis estão diretamente relacionados às mudanças de hábitos das pessoas envolvidas na geração dos resíduos. Assim, Brasil (2006) também reitera que:

A educação ambiental pode ser uma ferramenta importante na adoção de padrões de conduta mais adequados aos novos modelos de gestão de resíduos e deverá ter atenção especial no programa de educação continuada, destinado aos funcionários. A implantação desse programa propicia as condições para que os profissionais saibam com clareza suas responsabilidades, em relação ao meio ambiente, dentro e fora da unidade de saúde, e seu papel de cidadãos.

Segundo Barros *et al.* (2021), um dos “aspectos a ser melhorado no PGRSS seria um reforço na Educação Ambiental e Sanitária dos profissionais dos serviços de saúde”. Ter profissionais conscientes quanto a garantia da própria saúde ocupacional e também da qualidade do meio ambiente, proporciona serviços de alta qualidade à sociedade e torna o atendimento mais seguro. Para Dias *et al.* (2020), “a reciclagem dos resíduos sólidos pode ser uma oportunidade para as cidades atingirem seus objetivos estratégicos de sustentabilidade, proteção ao meio ambiente, inclusão produtiva e governança participativa”, além de cumprirem sua obrigação legal conforme definição da Política Nacional de Resíduos Sólidos (PNRS).

Por isso, torna-se necessário realizar atividades de educação continuada/ permanente sobre o PGRSS, além da implantação de programas de segurança ocupacional ou saúde do trabalhador bem estruturado para dar suporte e eficácia aos profissionais no dia a dia da sua atividade prática (CAMARGO e MELO, 2017). Segundo Sena *et al.* (2021), “a Educação Permanente em Saúde (EPS) apresenta ações com propósito de implementar práticas reflexivas, éticas e humanísticas com enfoque na equipe e no ambiente do trabalho”. A importância de se ter uma educação permanente para os profissionais de saúde, impede a estagnação profissional e pessoal, gerando um processo de desenvolvimento crítico, reforçando a construção do conhecimento, contribuindo para construção de sujeito sociais.

Nesse processo, o conhecimento dá ao ser humano, conforme relatado em Sena *et al.* (2021), a oportunidade de “desenvolver habilidades e competências necessárias para usufruir do conjunto de bens e serviços disponíveis na sociedade e, enfim, para comunicação e aprendizado”. Já o desconhecimento e a não implantação do PGRSS em instituições de saúde, os autores reiteram que resulta em maior risco, tanto para os profissionais atuantes nos serviços, quanto para os coletores de resíduos.

## CONCLUSÃO

A disposição final do RSS é um grande desafio aos gestores e trabalhadores da saúde. Numa perspectiva socioambiental, observa-se a necessidade de mudança no gerenciamento de resíduos, com maior foco na destinação ambiental e correto descarte desses materiais, favorecendo a preservação ambiental.

Nesse sentido, o Gerenciamento dos RSS é essencial, visto que há riscos impostos à saúde pública e ambiental, devido ao insuficiente controle de tais resíduos, podendo potencializar o aumento da taxa de infecções relacionadas à saúde. Torna-se necessários estudos associados com a prática, com a abordagem do tema do presente estudo, a fim de identificar mudanças para melhorias, evitando situações de omissão e negligência em todas as fases do GRSS, seja pela falta de recursos humanos e de estruturas físicas, ou mesmo pela falta de conhecimento técnico dos profissionais, que pode colocar em risco a segurança de todos envolvidos e do meio ambiente.

As instituições como geradoras de resíduos, devem priorizar ações para o manejo e descarte correto do RSS, além de buscar políticas sustentáveis e de preservação do meio ambiente junto a sociedade, e nas soluções para a reciclagem e tratamento dos resíduos.

## REFERÊNCIAS

ABRELPE. Associação Brasileira de Empresas de Limpeza Pública e Resíduos Especiais. **Panorama dos Resíduos Sólidos no Brasil**. São Paulo, 2018/2019.

Disponível em: [https://www.migalhas.com.br/arquivos/2020/1/492DD855EA0272\\_PanoramaAbrelpe\\_-2018\\_2019.pdf](https://www.migalhas.com.br/arquivos/2020/1/492DD855EA0272_PanoramaAbrelpe_-2018_2019.pdf) Acesso em:

11/11/2021

ABNT. Associação brasileira de normas técnicas NBR 7.500 – Símbolos de Riscos e Manuseio para o Transporte e Armazenamento de Material. Rio de Janeiro 2000. **NBR 12807 – Resíduos de Serviços de Saúde: terminologia**. Rio de Janeiro, 1993. Disponível em: <http://licenciadorambiental.com.br/wp-content/uploads/2015/01/NBR-12.807-Residuos-de-Servi%C3%A7os-de-sa%C3%BAde.pdf>. Acesso em: 13/08/2021

AGUIAR, A. S *et al.* Panorama da disposição de resíduos sólidos urbanos e sua relação com os impactos socioambientais em estados da Amazônia brasileira. *Urbe, Rev. Bras. Gest. Urbana* 13, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/urbe/a/ChsQCLZPmGcXnLd5fjnpqph/?lang=pt>. Acesso em: 26/08/2021

ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Manual de gerenciamento de resíduos de serviços de saúde / Ministério da Saúde, **Agência Nacional de Vigilância Sanitária**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: [https://www.ANVISA.gov.br/servicosaude/manuais/manual\\_gerenciamento\\_residuos.pdf](https://www.ANVISA.gov.br/servicosaude/manuais/manual_gerenciamento_residuos.pdf). Acesso em: 13/08/2021

\_\_RESOLUÇÃO RDC N° 306, DE 7 DE DEZEMBRO DE 2004. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/ANVISA/2004/res0306\\_07\\_12\\_2004.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/ANVISA/2004/res0306_07_12_2004.html). Acesso em: 15/08/2021

\_\_RESOLUÇÃO RDC N° 222, DE 28 DE MARÇO DE 2018. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/ANVISA/2018/rdc0222\\_28\\_03\\_2018.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/ANVISA/2018/rdc0222_28_03_2018.pdf). Acesso em: 15/08/2021

BARROS, P. M. G. A. *et al.* Percepção dos profissionais de saúde quanto a gestão dos resíduos de serviço de saúde. **Revista Ibero Americana de Ciências Ambientais**, v.11, n.1, p.201-210, 2020. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/338839280\\_Percepcao\\_dos\\_profissionais\\_de\\_saude\\_quanto\\_a\\_gestao\\_dos\\_residuos\\_de\\_servico\\_de\\_saude](https://www.researchgate.net/publication/338839280_Percepcao_dos_profissionais_de_saude_quanto_a_gestao_dos_residuos_de_servico_de_saude). Acesso em: 20/08/2021

BENTO, G. D. *et al.* O Gerenciamento de Resíduos de Serviço de Saúde sob a Ótica dos Profissionais de Enfermagem. **Universidade Federal de Santa Catarina Departamento de Enfermagem, Texto Contexto Enferm**, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/6SmywgfJb-6qJ5YyqDhTDzvm/?lang=pt>. Acesso em: 13/08/2021

CAMARGO, A. R.; MELO, I. B. N. A percepção profissional sobre o gerenciamento dos resíduos de serviços de saúde em unidades básicas e ambulatórios de saúde em um município da Região Metropolitana de



Sorocaba, SP, Brasil. **O Mundo da Saúde**, São Paulo – 2017. Disponível em: [https://bvsm.saude.gov.br/bvs/periodicos/mundo\\_saude\\_artigos/percepcao\\_gerenciamento\\_residuos.pdf](https://bvsm.saude.gov.br/bvs/periodicos/mundo_saude_artigos/percepcao_gerenciamento_residuos.pdf). Acesso em: 15/08/2021

CHAVES, G. L. D. *et al.* Ferramenta de avaliação dos Planos Municipais de Gestão Integrada de Resíduos Sólidos: parte 1. **Engenharia Sanitária Ambiental**, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/esa/a/rb-gH3WKG3c4qnN5XjVYRFvF/?lang=pt>. Acesso em: 27/10/2021

CONAMA. Conselho Nacional de Meio Ambiente Resolução nº283, 12 de julho de 2001. Dispõe sobre o tratamento de destinação final de resíduos sólidos de serviços de saúde. PORTARIA Nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Disponível em: [HTTPS://BVSMS.SAUDE.GOV.BR/BVS/SAUDELEGIS/GM/2017/PRT2436\\_22\\_09\\_2017.HTML](HTTPS://BVSMS.SAUDE.GOV.BR/BVS/SAUDELEGIS/GM/2017/PRT2436_22_09_2017.HTML). Acesso em: 27/10/2021

DIAS, S. M. *et al.* Impactos da pandemia de Covid-19 sobre reciclagem inclusiva no Brasil. **Wiego**, 2020. Disponível em: <https://www.wiego.org/publications/impactos-da-pandemia-de-covid-19-sobre-reciclagem-inclusiva-no-brasil>. Acesso em: 03/09/2021

NAZARI, M. T. *et al.* Incidência de resíduos de serviços de saúde em cooperativas de triagem de materiais recicláveis. **Engenharia Sanitária Ambiental**. Rio de Janeiro, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/esa/a/tPLPxCx5M5dQs6bnxpj6VNt/?lang=pt>. Acesso em: 11/11/2021

OLIVEIRA, A. C. R. *et al.* Gerenciamento de resíduos em laboratórios de uma universidade pública brasileira: um desafio para a saúde ambiental e a saúde do trabalhador. **Saúde debate 43 (spe3)**. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/WbRkLv8QhbNBZWC4CqDFgp/?lang=pt>. Acesso em: 29/10/2021

SENA, R. M. *et al.* Gerenciamento de resíduos de saúde no Brasil: Desafios de gestores e profissionais de saúde. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 4, e14510413960, 2021. Disponível em: <file:///C:/Users/Andre/Downloads/13960-Article-181877-1-10-20210403.pdf>. Acesso em: 20/09/2021

TOGNOC, A. M. G. Gerenciamento de resíduos de serviços de saúde. **Xi Congresso Nacional de Excelência em Gestão (UFF)**, agosto 2015. Disponível em: [https://www.inovarse.org/sites/default/files/T\\_15\\_006M\\_13.pdf](https://www.inovarse.org/sites/default/files/T_15_006M_13.pdf). Acesso em: 20/10/2021

UEHARA, S. C. S. A. *et al.* Gerenciamento de resíduos de serviços de

saúde em hospitais de Ribeirão Preto (SP), Brasil. **Associação Brasileira de Engenharia Sanitária e Ambiental – ABES. Rio de Janeiro 2019**. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/esa/a/5Dm8mZhLDFrVc6bBdYVdztf/?lang=pt>. Acesso em: 20/09/2021

VENTURA, K. S. *et al.* Análise dos impactos da COVID-19 à coleta de resíduos sólidos domiciliares, recicláveis e de serviços de saúde no município de Araraquara (SP), Brasil. **Engenharia Sanitária Ambiental**, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/esa/a/9DghjdmZyj4s7W3DvrmXMzy/?lang=pt>. Acesso em: 20/10/2021

# ANÁLISE DO PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE INTERNAÇÕES POR MENINGITES NO BRASIL ENTRE 2018 E 2019

*Sílvia Leticia Cerqueira de Jesus<sup>1</sup>*

*Manuel Alves de Sousa Junior<sup>2</sup>*

## 1 INTRODUÇÃO

A meningite é a infecção das meninges, as membranas que envolvem o cérebro e a medula espinhal. É uma doença grave e continua sendo um grande desafio para a saúde pública no mundo, causada por muitos patógenos diferentes, incluindo bactérias, fungos ou vírus, mas a maior carga global é observada com a meningite bacteriana (WHO, 2018; BRASIL, 2020).

A transmissão da meningite ocorre de pessoa para pessoa, por meio de gotículas de secreções respiratórias ou da garganta dos portadores. O período médio de incubação é de 4 dias, mas pode variar entre 2 e 10 dias, sendo que a meningite tuberculosa pode ocorrer em até seis meses após a exposição (BRASIL, 2007). As principais manifestações clínicas da meningite são: febre, cefaleia intensa, náusea, vômito, rigidez de nuca, prostração e confusão mental, além de sinais de irritação meníngea, acompanhados de alterações do líquido cefalorraquidiano (LCR) ou líquor (BRASIL, 2009). Assim os exames disponíveis para o diagnóstico das meningites são: exame quimio citológico do LCR; bacterioscopia direta (líquor); cultura (líquor, sangue, petéquias ou fezes); contra-imunoeletroforese cruzada (CIE); aglutinação pelo látex de LCR ou soro (BRASIL, 2019a).

---

1 Enfermeira, pós-graduanda em Gestão em Saúde Pública. Instituto Federal de Minas Gerais-Polo Turmalina. e-mail: silvia\_leticia25@hotmail.com.

2 Biólogo, Doutorando em educação pela UNISC, Especialista em Análises Clínicas, Professor do Instituto Federal da Bahia – IFBA campus Lauro de Freitas. Bolsista PROSUC/CAPES modalidade 2. E-mail: manueljunior@ifba.edu.br.

Em decorrência da magnitude e da dispersão da meningite no Brasil, o estudo do perfil epidemiológico dos internamentos ocasionados por pessoas acometidas pelas meningites, gera informações importantes para a Vigilância em Saúde, criação de metas no Programa Nacional de Imunização (PNI), gerenciamento de leitos hospitalares e fomento de novas políticas de saúde pública, com vistas a melhorar o combate e controle da doença e redução da exposição das pessoas ao risco de adoecer.

Nesse contexto, este estudo tem como objetivo geral avaliar o perfil epidemiológico das internações por meningites no Brasil, no período de 2018 e 2019. Como objetivos específicos, deseja comparar as taxas de internações por meningites nos anos de 2018/2019 e descrever os casos de meningite segundo gênero (masculino ou feminino), raça/cor, faixa etária, etiologia, região federativa e unidade federativa. Para isto, procedemos com uma revisão de literatura, abordando aspectos gerais das meningites, susceptibilidade, manifestações clínicas, diagnóstico, tratamento, cenário epidemiológico e vigilância epidemiológica. Na sequência, explanamos a metodologia adotada, os resultados e discussões e as considerações finais da pesquisa.

## 2 REVISÃO DE LITERATURA

### 2.1 Meningites

A meningite consiste na infecção das meningites e pode ser causada por diversos agentes infecciosos. Para alguns destes, existem medidas de prevenção primária, tais como vacinas e quimioprofilaxia (COMAR et al., 2009). Ainda segundo Comar *et al* (2009), a meningite é uma das patologias que provoca alterações no líquido e consiste num processo infeccioso das meninges, que pode ter evolução aguda ou crônica, sendo considerada um grave problema de saúde pública.

De acordo com o agente etiológico que atinge as meninges, as meningites podem ter origem bacteriana, viral, fúngica ou parasitária. Esta patologia está relacionada com diversas complicações imediatas e/ou tardias, que podem culminar em danos irreversíveis no Sistema Nervoso Central (SNC) ou levar o paciente ao óbito. Diversas bactérias podem

causar meningite, a *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae* e a *Neisseria meningitidis* são as mais frequentes. Esta última é causadora de meningite meningocócica com potencial para produzir grandes epidemias e mortes. Foram identificados 12 sorogrupos de *N. meningitidis*, dos quais 6 (A, B, C, W, X e Y) podem causar epidemias. Essa bactéria ainda pode causar uma variedade de doenças, como a Doença meningocócica invasiva (DMI), que se inclui septicemia, artrite e meningite. Da mesma forma, *S. pneumoniae* causa outras doenças invasivas, incluindo otite e pneumonia (WHO, 2018; BRASIL, 2020).

Vale dizer ainda que a *N. meningitidis* infecta apenas humanos. A bactéria pode ser transportada pela garganta e, às vezes, sobrecarregar as defesas do corpo, permitindo que a infecção se espalhe pela corrente sanguínea até o cérebro. Uma proporção significativa da população, entre 5% e 10%, é portadora de *N. meningitidis* na garganta, em algum determinado momento (BRASIL, 2020).

As meningites de etiologia viral têm como seu principal agente causador os enterovírus. Nesse grupo, estão incluídas as 3 cepas dos poliovírus, 28 cepas de echovírus, 23 cepas do vírus coxsackie A, 6 do vírus coxsackie B, além de 5 outros enterovírus (BRASIL, 2019a).

## ***2.2 Susceptibilidade e manifestações clínicas***

O espectro de susceptibilidade é amplo. As crianças menores de 5 anos (principalmente, as menores de 1 ano) e pessoas maiores de 60 anos, são mais suscetíveis à doença. Em relação à meningite pneumocócica, idosos e pessoas imunossuprimidas apresentam o maior risco de adoecimento. No caso do pneumococo, *H. influenzae* sorotipo b e *M. tuberculosis*, a imunidade é conferida por meio de vacinação específica (BRASIL, 2019a).

Geralmente, o quadro clínico de meningite é grave e caracteriza-se por febre, cefaleia intensa, náusea, vômito, rigidez de nuca, prostração, confusão mental, sinais de irritação meníngea, acompanhados de alterações do líquido cefalorraquidiano (LCR), de modo que nos quadros de mau prognóstico da doença, podem surgir delírio e coma. Dependendo do grau de comprometimento encefálico, o paciente poderá apresentar

também convulsões, paralisias, tremores, transtornos pupilares, hipoacusia, ptose palpebral e nistagmo. Casos fulminantes, com sinais de choque, também podem ocorrer (BRASIL, 2009).

### ***2.3 Diagnóstico e tratamento***

O diagnóstico laboratorial das meningites é realizado através do estudo do LRC, sangue e raspado de lesões petequiais; este último, quando o quadro clínico for de suspeita de meningococemia e doença meningocócica. O diagnóstico das meningites virais também pode ser realizado através de exames na urina e fezes.

Desse modo, o tratamento da meningite depende do agente etiológico e das complicações clínicas apresentadas pelo paciente, mas recomenda-se o tratamento medicamentoso, com uso de antibióticos, fungicidas, tratamento de suporte como reposição volêmica e internamento (BRASIL, 2020). Para tratamento das meningites bacterianas e fúngicas em ambiente hospitalar, faz-se uso de antibioticoterapia e fungicidas, respectivamente, com drogas de escolha e dosagens terapêuticas, prescritas pelos médicos assistentes do caso. Recomenda-se ainda o tratamento de suporte, como reposição de líquidos e cuidadosa assistência. Para as meningites virais e parasitárias, não há tratamento específico (BRASIL, 2020).

Para meningites virais, na maioria dos casos, não se faz tratamento com medicamentos antivirais. Em geral, as pessoas são internadas e monitoradas quanto aos sinais de maior gravidade, e se recuperam espontaneamente. Porém, na meningite por herpes vírus, pode vir a provocar meningite com necessidade de uso de antiviral específico. A devida conduta sempre é determinada pela equipe médica que acompanha o caso. Nas meningites causadas por parasitas, tanto o medicamento contra a infecção como as medicações para alívio dos sintomas são administrados por equipe médica em paciente internado. O tratamento do alívio da dor e da eliminação do parasita são importantes na conduta do caso (BRASIL, 2020).

### ***2.4 Cenário Epidemiológico***

No Brasil, entre os anos de 2007 e 2020, foram notificados 393.941

casos suspeitos de meningite. Destes, foram confirmados 265.644 provenientes de várias etiologias, sendo a meningite viral a mais frequente (121.955 casos), seguida pela etiologia bacteriana (87.993 casos). As mais frequentes por agente etiológico foram meningites por outras bactérias (40.801 casos), doença meningocócica (26.436 casos), meningite pneumocócica (14.132 casos), meningite tuberculosa (4.916 casos) e meningite por *H. influenzae* (1.708 casos). Além disso, observou-se também 43.061 casos de meningite não especificada, 10.464 casos de meningite por outras etiologias e 2.171 com etiologia ignorada/em branco. Em relação à Doença Meningocócica, houve redução do coeficiente de incidência (CI) total após a introdução da vacina meningocócica C (conjugada) em 2008, passando de um coeficiente médio de 1,5 caso, no período anterior à vacinação (2007-2010), para 0,4 caso/100 mil habitantes, nos anos de 2017 a 2020 (BRASIL, 2021a).

Vale lembrar ainda que no Brasil, a meningite é uma doença endêmica, ou seja, casos e internamentos são esperados ao longo de todo o ano, sendo mais comum a ocorrência das bacterianas no inverno e das virais, no verão. A vacinação é a principal ferramenta na prevenção da doença bacteriana (BRASIL, 2020; AMARANTE, [2021]). Assim, diante da magnitude da doença no país, o Brasil assumiu o compromisso internacional de redução em 50% da incidência de meningite bacteriana e reduzir as mortes em 70% (OPAS, 2021).

## ***2.5 Vigilância Epidemiológica***

As meningites infecciosas são um importante problema de saúde pública mundial e no Brasil, e constituem um grupo de doenças cuja notificação é compulsória (ESCOSTEGUY et al., 2004). No Brasil, a Portaria nº 204, de 17 de fevereiro de 2016 (BRASIL, 2016), estabelece que a doença meningocócica e outras meningites, são doenças de notificação compulsória imediata, devendo estas serem notificadas às secretarias de saúde em até 24 horas do diagnóstico.

Desta forma, todo o processo de vigilância, desde a notificação, investigação e análise do perfil epidemiológico, além das medidas de prevenção e controle devem ser enfatizados e intensificados pelos profissionais

de saúde e gestores de cada município (BRASIL, 2016; CEARÁ, 2018). O Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) é uma base de dados nacional sobre agravos de notificação que representa uma fonte de dados passíveis de serem utilizados para avaliar a assistência aos agravos por ele cobertos, incluindo as meningites (FUNASA, 2003; ESCOSTEGUY et al., 2004).

Dessa forma, as investigações epidemiológicas devem ser norteadas também pela ficha de notificação/investigação do SINAN, que deve ser baseada na obtenção de informações quanto à caracterização clínica do caso (incluindo a análise dos exames laboratoriais) e as possíveis fontes de transmissão da doença. A Ficha de Investigação de Meningite é o instrumento utilizado para a investigação, todos os seus campos devem ser criteriosamente preenchidos, mesmo se a informação for negativa. Outras informações podem ser incluídas, conforme a necessidade (BRASIL, 2019a).

Neste agravo, a vigilância em saúde tem papel na interface com o laboratório, de monitoramento de casos, recomendações de medidas de prevenção e controle, produção e disseminação de informações. A assistência tem o papel de assistir o paciente e fazer o manejo clínico-terapêutico na rede de assistência à saúde.

### 3 Metodologia da Pesquisa

O estudo epidemiológico realizado foi do tipo descritivo e retrospectivo, com dados obtidos por meio dos registros de internamento, no Sistema Internamento Hospitalar (SIH), disponíveis no *site* do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) (BRASIL, 2021b), referentes aos internamentos por meningites no Brasil, no período de 2018 e 2019. Esses dados foram coletados entre os meses de agosto a novembro de 2021, não havendo cálculo de tamanho de amostra por ter sido delimitado um espaço de tempo da ocorrência dos casos.

Desse modo, os dados foram coletados a partir dos registros obtidos no DATASUS, fornecidos em formato de planilha eletrônica, em que foram coletados os registros de produção hospitalar, extraídos dos dados de autorização para internação hospitalar (AIH) reduzida (RD), por local de residência, nos anos de 2018 e 2019. Para isso, foram analisadas as



seguintes variáveis: faixa etária, gênero (masculino e feminino), cor/raça, etiologia, região federativa e unidade federativa.

No que tange a busca pelos agentes etiológicos envolvidos no internamento por meningites, foram coletados os que estavam disponíveis no DATASUS, sendo as principais doenças categorizadas pela Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, versão 10, (CID-10) nos resultados desta pesquisa: A87 (Meningite viral), G00 (Meningite bacteriana não classificada em outra parte), G00.9 (Meningite bacteriana não especificada), A39 (Infecção meningocócica), G02.8 (Meningite em doenças infecciosas e parasitárias classificadas em outra parte), G03 (Meningite por outras etiologias e causas não identificadas).

Nesse sentido, foi realizada a distribuição absoluta (*n*) e relativa (%) das variáveis categóricas e de medidas de dispersão e de tendência central das variáveis numéricas. Os dados foram analisados em computador único. Por se tratar da avaliação de um estudo realizado com dados secundários, oriundo de banco de dados nacional (DATASUS), o estudo foi dispensado de submissão a um Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), com a devida observação dos aspectos éticos constantes em duas Resoluções do Conselho Nacional de Saúde: nº 466, de 12 de dezembro de 2012; e nº 510, de 7 de abril de 2016.

#### **4 RESULTADOS e DISCUSSÃO**

No período de 2018 a 2019, foram contabilizados 15.653 internamentos ocasionados por meningites. No ano de 2019 foram registradas 7.773 hospitalizações por meningite, representando uma redução de 1,3% quando comparado com o mesmo período de 2018 (7.880 internamentos). Quando se analisa a distribuição de internamentos por etiologia, houve predominância da meningite bacteriana não classificada (47,5%), seguida da meningite viral (36,3%) e infecção meningocócica (12,6%) como pode ser observado na tabela 01:

TABELA 01: Internamentos por meningites, segundo etiologia no Brasil no período de 2018 e 2019.

| Etiologia  | 2018        | 2019        | total        | %            |
|--|-------------|-------------|--------------|--------------|
| Infecção meningocócica                             | 1027        | 940         | 1967         | 12,6         |
| Meningite viral                                    | 2885        | 2791        | 5676         | 36,3         |
| Meningite bacteriana não classificadas             | 3683        | 3753        | 7436         | 47,5         |
| Meningite em doenças bacterianas classificadas     | 2           | 5           | 7            | 0,04         |
| Meningite em doenç infec/parasit classificadas     | 35          | 27          | 62           | 0,4          |
| Meningite por outras causas e causas não especific | 248         | 257         | 505          | 3,2          |
| <b>Total</b>                                       | <b>7880</b> | <b>7773</b> | <b>15653</b> | <b>100,0</b> |

FONTE: BRASIL, 2021b.

No período analisado, com relação à distribuição das hospitalizações por região administrativa e unidade federada do Brasil, observa-se que houve internamento nas cinco regiões brasileiras, com predominância na região Sudeste (43,9%), seguido da região Sul (22,73%) e Nordeste (19,19%), região Centro-Oeste (7,1%) e região Norte (7,8%). Na região Sudeste, o estado de São Paulo se destaca entre as unidades federativas, por registrar o maior percentual de internamentos (29,4%) da região e de todo o Brasil. Em relação às características sociodemográficas das pessoas internadas, percebe-se que houve predominância do sexo masculino (56,2%), na faixa etária de 1 a 4 anos (15,95%) e na raça/cor branca (37,9%), como pode-se ver na tabela 02:

TABELA 02: Internamentos por meningite, segundo características socioeconômicas no Brasil no período de 2018 e 2019.

| Faixa etária | Total | %     |
|--------------|-------|-------|
| < 1 ano      | 2473  | 15,80 |
| 1 a 4 anos   | 2497  | 15,95 |
| 5 a 9 anos   | 1774  | 11,33 |
| 10 a 14 anos | 1122  | 7,17  |
| 15 a 19 anos | 997   | 6,37  |
| 20 a 29 anos | 1836  | 11,73 |

|                 |              |          |
|-----------------|--------------|----------|
| 30 a 39 anos    | 1428         | 9,12     |
| 40 a 49 anos    | 1175         | 7,51     |
| 50 a 59 anos    | 1056         | 6,75     |
| 60 a 69 anos    | 744          | 4,75     |
| 70 a 79 anos    | 382          | 2,44     |
| 80 anos e +     | 169          | 1,08     |
| <b>Sexo</b>     | <b>Total</b> | <b>%</b> |
| Masculino       | 8795         | 56,2     |
| Feminino        | 6858         | 43,8     |
| <b>Raça/cor</b> | <b>Total</b> | <b>%</b> |
| Branca          | 5937         | 37,9     |
| Preta           | 503          | 3,2      |
| Parda           | 5512         | 35,2     |
| Amarela         | 249          | 1,6      |
| Indígena        | 43           | 0,27     |
| Sem informação  | 3409         | 21,8     |

FONTE: BRASIL, 2021b

De acordo com os resultados encontrados, observa-se que no período de 2018 a 2019, a predominância de internamentos no Brasil é de meningite de etiologia de infecção bacteriana, seguida dos casos virais, sendo a maioria, pessoas do sexo masculino e na idade infantil. Estes dados corroboram com a literatura, ao demonstrar que a imaturidade da barreira hematoencefálica se constitui como fator condicionante para infecção das meninges e, por isso, a faixa etária mais acometida é a infantil (MANTESE et al., 2002; BRASIL, 2020; SANTOS et al., 2021).

Os resultados desse estudo evidenciaram que a região Sudeste e o estado de São Paulo registraram o maior número de internamentos no Brasil. Esse mesmo resultado foi encontrado no estudo de Rodrigues (2015), em que foi demonstrado que um pouco mais de 51% dos casos de meningite no Brasil, estão concentrados nesta região, e 76,6% dos casos provém do estado de São Paulo.

Nesse contexto, o estudo de Dazzi, Zatti e Baldissera (2014), também evidenciou maior concentração de casos na região sudeste (52,57%),

e o estado de São Paulo também concentrou o maior número de casos, porém com 39,34% do total de casos. O estudo de Silva e Mezzaroba (2018), que fez análise de região por incidência, foi o único que discordou dos resultados, pois demonstrou que as maiores incidências estão na região Sul (7,2 casos/100 mil habitantes), seguido da região sudeste (5,4 casos/100 mil habitantes).

Dessa forma, observa-se que há concordância na literatura quanto à concentração de casos e internações na região Sudeste do Brasil e no Estado de São Paulo. Esse fato pode se justificar em razão da região ser a região mais populosa do país, assim como pode ser por conta da suspeição precoce por parte dos profissionais dessa região. Ressalta-se que limitações no acesso ao diagnóstico pode se configurar como um fator dificultador no diagnóstico das meningites e a subnotificação dos casos seja uma realidade em todo o Brasil (SILVA; MEZZAROBA, 2018).

Nos resultados obtidos por meio desse estudo, observou-se ainda o predomínio de pessoas no sexo masculino, dado que corrobora com a literatura (MANTESE et al., 2002; ESCOSTEGUY et al., 2004; DAZZI; ZATTI; BALDISSERA, 2014; BRASIL, 2020; SANTOS et al., 2021). Quanto à faixa etária, estudos destacam que a meningite é mais prevalente em crianças menores de 5 anos, ocorrendo em bebês com menos de 1 ano (MANTESE et al., 2002; BRASIL, 2019b, BRASIL, 2020).

Contudo, os resultados dessas pesquisas evidenciaram que os internamentos são mais prevalentes em crianças na faixa etária de 1 a 4 anos no Brasil. Esse mesmo resultado foi encontrado no estudo de Santos e colaboradores (2021). Somente duas pesquisas foram encontradas apresentando dados sobre a raça/cor dos pacientes, em que a cor mais predominante foi a branca (DAZZI, ZATTI, BALDISSERA, 2014; SILVA; MEZZAROBA, 2018). Assim, percebe-se que esses dados corroboraram com os resultados desse estudo.

Quanto a etiologia, a meningite bacteriana não classificada foi a predominante nesse estudo. Ela ocorre quando não é possível fazer o diagnóstico do agente etiológico. Esse dado discordou com os dados apresentados no estudo de Santos e colaboradores (2021), em que a predominância foi a meningite viral, porém corroborou com os dados demonstrados no estudo de Pereira (2011) e Escosteguy e colaboradores (2004). A elevada

taxa de meningite por etiologia não especificada, ressalta a necessidade de realização de exames específicos para a detecção correta desses patógenos, no intuito de oferecer o manejo clínico-terapêutico adequado para o paciente (ESCOSTEGUY et al., 2004; PEREIRA, 2011). Um dos indicadores operacionais do Programa Nacional de Vigilância das Meningites, é o percentual de casos confirmados por critério laboratorial.

Nesse contexto, o Ministério da Saúde tem monitorado a distribuição e tendência desses casos e lançou em 2019, um boletim, especialmente com esse tema. Esse boletim demonstra a importância na determinação do agente etiológico e reconhece que esse tema ainda é um desafio para a vigilância das meningites no país, sobretudo, pelo fato de que um diagnóstico laboratorial de qualidade depende da localização da unidade de saúde, da estrutura dessa unidade e de problemas relacionados a coleta do LCR (BRASIL, 2019c).

A meningite viral foi a segunda maior causa de meningites neste estudo. Os principais agente etiológicos envolvidos na meningite viral são os enterovírus, em que estão envolvidos poliovírus, echovírus com destaque aos echovírus, coxsackievírus A e B, que apresentam, principalmente, transmissão fecal-oral. Outros vírus menos comuns são os herpesvírus, vírus da caxumba, arbovírus e sarampo (SANTOS et al., 2021; BRASIL, 2019a; SÃO PAULO, 2006).

Um importante dado que esse estudo evidenciou foram os internamentos por meningite bacteriana não classificada, o que pode ser o reflexo da estruturação da rede de saúde, a falta de aporte diagnóstico laboratorial e falta da capacitação de profissionais da assistência. Tendo em vista que os principais agentes bacterianos que causam meningite possuem potencial pandêmico e epidêmico, alta magnitude e alta taxa de letalidade, é de fundamental importância a elaboração de políticas públicas que viabilizem o aumento da detecção do patógeno causador de meningite bacteriana na rede de saúde do país (ESCOSTEGUY et al., 2004; PEREIRA, 2011; BRASIL, 2019a; BRASIL, 2019c; SANTOS et al., 2021). Em virtude da maior morbimortalidade das meningites bacterianas, destaca-se a importância da imunização através de vacinas disponíveis no calendário nacional (SANTOS et al., 2021, BRASIL, 2019a; BRASIL 2020).

No que se refere à concentração de internações e ao número de

casos por região e unidade federativa do Brasil, os dados desse estudo corroboram com os resultados encontrados em diversos estudos da literatura, o que demonstra a importância do desenvolvimento de outros estudos que possam detectar fatores condicionantes e determinantes de saúde, bem como descrever a população que está sob o risco de adoecer por meningite no estado de São Paulo, com a finalidade de desenvolver políticas de redução de incidência nesse grupo populacional.

Ademais, é preciso fomentar a integração da vigilância em saúde, da atenção primária a saúde e da assistência à saúde em todos os níveis de complexidade. A vigilância irá monitorar a tendência dos casos, oferecer dados epidemiológicos para contribuir na composição de rede de saúde de qualidade, oferta de diagnósticos e tratamento para os usuários, além da elaboração de tecnologias de saúde que promovam a suspeição e o diagnóstico precoce no âmbito do SUS. Além disso, a atuação da atenção primária à saúde é fundamental no desenvolvimento de ações que visem a sensibilização dos pais e/ou responsáveis das crianças no cumprimento do calendário de vacina nacional e suspeição precoce dos casos nas unidades de saúde. No que tange e a assistência à saúde, esse nível de atenção irá realizar o manejo clínico terapêutico adequado a cada caso.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por meio desse estudo, foi possível identificar que o perfil epidemiológico de internamentos no Brasil, entre os anos de 2018 e 2019 foi, predominantemente, por pessoas do sexo masculino, faixa etária infantil, com meningite bacteriana não especificada.

Considerando que é de fundamental importância saber qual o agente bacteriano que está envolvido como agente causador da meningite, e que o fato de não se conseguir ter a determinação do patógeno possui múltiplos fatores como estruturação de unidades, capacitação de profissionais para a suspeição e para o domínio da técnica de punção líquórica e a oferta de diagnóstico de qualidade.

Esses elementos nos levam a acreditar que as instâncias governamentais podem atuar no sentido de melhorar a interface e comunicação com os laboratórios, a capacitação dos profissionais da assistência e

melhorar a estruturação das unidades de saúde nas cidades, sobretudo, aquelas que se encontram nos interiores e que são afastadas dos grandes centros urbanos.

Nesse sentido, a realização de estudos epidemiológicos, voltados tanto para o registro de internamentos, quanto para os registros de dados notificados, é extremamente relevante, pois apresenta a grande vantagem de poder direcionar as ações governamentais para a identificação de potenciais surtos e/ou epidemias da doença e, com isso, desenvolver tecnologias de saúde efetivas no âmbito do Programa de Vigilância das Meningites.

Os dados epidemiológicos irão direcionar as ações preventivas, como por exemplo, a vacinação. Outra ação de relevada importância é a educação permanente e continuada dos profissionais de saúde e a educação em saúde da população e desenvolvimento de campanhas publicitárias e campanhas de vacinação que visem a sensibilização da população.

## REFERÊNCIAS

AMARANTE, S. **Meningite**: entenda a doença. [2021?]. Instituto Fernandes Figueira/Fiocruz. Disponível em: <http://www.iff.fiocruz.br/index.php/8-noticias/357-meningite>. Acesso em: 21 ago. 2021

BRASIL. Ministério da Saúde. Biblioteca virtual em Saúde. **Meningite. O que é?**. Brasília: DF, 2007. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/meningite/>. Acesso em: 19 ago. 2021

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Guia de vigilância epidemiológica** [Recurso eletrônico]. – 7. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia\\_vigilancia\\_epidemiologica\\_7ed.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_epidemiologica_7ed.pdf). Acesso em: 21 ago. 2021

BRASIL. Portaria nº 204 de 17 de fevereiro de 2016. **Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências**. Gabinete do Ministro, Brasília, 17 de fevereiro de 2016. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0204\\_17\\_02\\_2016.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0204_17_02_2016.html). Acesso em: 21 ago. 2021

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Guia de Vigilância em Saúde**: volume único [recurso eletrônico] .3ª. ed. – Bra-

sília: Ministério da Saúde, 2019a. 740 p. : il. Disponível em: < <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2019/junho/25/guia-vigilancia-saude-volume-unico-3ed.pdf>>. Acesso em: 21 ago. 2021

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Vigilância em saúde no Brasil 2003|2019: da criação da Secretaria de Vigilância em Saúde aos dias atuais. **Bol Epidemiol [Internet]**. 2019b; 50(n. esp.):1-154. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/boletins-epidemiologicos>. Acesso em: 15 nov. 2021

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Meningite bacteriana não especificada no Brasil 2007 - 2016: desafio para a vigilância das meningites. **Bol Epidemiol [Internet]**. 2019c; 50. N°3 :3-8. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/boletins-epidemiologicos>. Acesso em: 15 nov. 2021

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde de A a z: meningites**. Brasília: DF. 2020. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/m/meningite>. Acesso em: 21 ago. 2021

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde de A a z: meningites**. Brasília: DF. 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/m/meningite>. Acesso: 21 ago. 2021

BRASIL, Ministério da Saúde. **Banco de dados do Sistema Único de Saúde - DATASUS**. Disponível em <http://www.datasus.gov.br> [Acesso em setembro de 2021].

CEARÁ. Governo do estado do Ceará. Secretaria da Saúde. Coordenadoria de Promoção e Proteção à Saúde. Núcleo de Vigilância Epidemiológica. **Boletim Epidemiológico meningites, ano 2018**. Ceará:CE. [https://www.saude.ce.gov.br/wp-content/uploads/sites/9/2018/06/boletim\\_meningites\\_30\\_05\\_2018.pdf](https://www.saude.ce.gov.br/wp-content/uploads/sites/9/2018/06/boletim_meningites_30_05_2018.pdf). Acesso: 23 set. 2021

COMAR, S.R; MACHADO, N.A; DOZZA, T.G; HASS, P. Análise citológica do líquido cefalorraquidiano. **Estud Biol**. 2009 jan/dez;31(73/74/75)93-102..Disponível em: <https://periodicos.pucpr.br/index.php/estudosdebiologia/article/view/22844/21948>. Acesso: 21 ago. 2021

CNS. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. RESOLUÇÃO Nº 466, DE 12 DE DEZEMBRO DE 2012. Dispõe diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário oficial da união**. nº 12 – quinta-feira, 13 de junho de 2013 – Seção 1 – Página 59. Disponível: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>



CNS. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. RESOLUÇÃO Nº 510, DE 7 DE ABRIL DE 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. **Gabinete do ministro**. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2016/res0510\\_07\\_04\\_2016.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2016/res0510_07_04_2016.html)

DAZZI, M.C; ZATTI, C.A; BALDISSERA, R. PERFIL DOS CASOS DE MENINGITES OCORRIDAS NO BRASIL DE 2009 A 2012. **Revista Uningá Review**, [S.l.], v. 19, n. 3, set. 2014. ISSN 2178-2571. Disponível em: <<http://revista.uninga.br/index.php/uningareviews/article/view/1545>>. Acesso em: 12 dez. 2021.

ESCOSTEGUY, C.C; MEDRONHO, R.A; MADRUGA, R.; DIAS, H.G.G; BRAGA, R.C; AZEVEDO, O. P. Vigilância epidemiológica e avaliação da assistência às meningites. **Revista de Saúde Pública**, [S.L.], v. 38, n. 5, p. 657-663, out. 2004. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0034-89102004000500007>. Acesso: 21 ago. 2021

FUNDAÇÃO NACIONAL DA SAÚDE - FUNASA. Meningites. In: Ministério da Saúde. **Guia de vigilância epidemiológica**. Brasília (DF); 2003. v. 2. p. 579-632. Disponível em: <http://www.funasa.gov.br>. Acesso em: 21 ago. 2021

MANTESE, O. C; HIRANO, J; SILVA, V.M; SANTOS, I.C; CASTRO, E. Perfil etiológico das meningites bacterianas em crianças. **Jornal de Pediatria [online]**. 2002, v. 78, n. 6 Epub 25 Jun 2003. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0021-75572002000600005>>. Acesso em: 13 nov. 2021

ORGANIZAÇÃO PANAMERINA DA SAÚDE - OPAS. **OMS e parceiros pedem ação urgente contra a meningite**. 2021. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/28-9-2021-oms-e-parceiros-pedem-acao-urgente-contra-meningite>

PEREIRA, L. R.P. **Determinação Do Perfil De Ocorrência Dos Casos De Meningite No Hospital Federal De Bonsucesso De 2005 A 2000**. Trabalho de conclusão de curso (Bacharelado em Farmácia) – Faculdade de farmácia Estácio Sá. Rio de Janeiro, p. 37. 2020

RODRIGUES, E.M.B. **Meningite: Perfil Epidemiológico Da Doença No Brasil Nos Anos De 2007 A 2013**. Trabalho de conclusão de curso (Bacharelado em Biomedicina) - Centro Universitário de Brasília. Brasília, p. 16. 2015

SANTOS, J.C; BORGES, K.N.G; PAIVA, B.G; QUIRINO, H.V ;

AGUERO E FERREIRA, A.L.C.C ; KUSMA, S.Z. Meningite na infância: uma análise das internações hospitalares no Brasil. **Rev Cient Esc Estadual Saúde Pública Goiás “Cândido Santiago”**. 2021;7. Disponível em: <https://www.revista.esap.go.gov.br/index.php/resap/article/view/238#:~:text=Foram%20utilizados%20dados%20da%20notifica%C3%A7%C3%A3o,em%20todas%20as%20faixas%20et%C3%A1rias>. Acesso: 10 nov. 2021

SÃO PAULO. Governo do Estado de São Paulo. Secretaria da Saúde. Centro de Vigilância Epidemiológica. Meningites virais. **Revista de Saúde Pública [online]**. 2006, v. 40, n. 4. pp. 748-750. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0034-89102006000500030>>. Acesso em: 15 nov. 2021

SILVA, H; MEZZAROBA, N. Meningite no brasil em 2015: o panorama da atualidade. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, [S.l.], v. 47, n. 1, p. 34-46, mar. 2018. ISSN 18064280. Disponível em: <<http://www.acm.org.br/acm/seer/index.php/arquivos/article/view/227>>. Acesso em: 19 nov. 2021

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. **Meningitis**. 2021. Disponível em: [https://www.who.int/health-topics/meningitis#tab=tab\\_1](https://www.who.int/health-topics/meningitis#tab=tab_1). Acesso:21 ago. 2021

# DESAFIOS DA GESTÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO SUS NO ÂMBITO MUNICIPAL

*Dayana de Fátima Silva<sup>1</sup>*

*Débora Luana Ribeiro Pessoa<sup>2</sup>*

## INTRODUÇÃO

A Assistência Farmacêutica (AF) é parte integrante das políticas públicas de saúde dentro do Sistema Único de Saúde (SUS), conceitualmente definida, através da resolução 338 de maio 2004, do Conselho Nacional de Saúde, como um conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto individual como coletiva, tendo o medicamento como insumo essencial e visando o acesso e o seu uso racional (CONASS, 2004).

Atualmente, a AF se constitui como um dos blocos de financiamento do SUS, que prevê o financiamento tripartite das esferas de gestão federal, estaduais e municipais através de um bloco único de financiamento, constituído pelos componentes Básico, Especializado e Estratégico da AF. Envolve a pesquisa, o desenvolvimento e a produção de medicamentos e insumos, bem como a sua seleção, programação, aquisição, distribuição, dispensação, garantia da qualidade dos produtos e serviços, com o objetivo de acompanhar e avaliar a sua utilização (BRASIL, 2006).

As ações supracitadas fazem parte do ciclo da AF no SUS e são desenvolvidas em sua maioria pelo profissional farmacêutico, que busca obter resultados concretos que culminam na melhoria da qualidade de vida da população com diminuição dos riscos da utilização inadequada de

---

1 Farmacêutica, Especialista em Gestão em Saúde – Instituto Federal do Norte de Minas Gerais (IFNMG). Email: dayanafarmasi@gmail.com.

2 Farmacêutica, Professora Adjunta da Universidade Federal do Maranhão (UFMA). E-mail: debbyeluna2@yahoo.com.br.

medicamentos (CORADI, 2012).

A partir da sua definição, infere-se que a AF é parte fundamental dos serviços de atenção à saúde do cidadão e seu direito constitucional que só se materializa em sua plenitude mediante acesso ao medicamento com garantia do uso racional e da atenção farmacêutica (CONASS, 2007).

Embora a AF no SUS tenha tido vários avanços que podem ser observados nos dias atuais, vários desafios podem ser apontados: como o acesso equitativo aos medicamentos, a estruturação dos serviços farmacêuticos, o aprimoramento da logística e da gestão, a implantação de ações voltadas ao cuidado farmacêutico nas unidades de saúde, bem como o financiamento que não é suficiente na sua totalidade para atender a demanda e realidade epidemiológica dos municípios brasileiros (TAVARES; PINHEIRO, 2014).

Para que AF seja prestada ao cidadão em sua plenitude é necessário que, além da disponibilidade de recursos financeiros para aquisição dos medicamentos, haja organização dos serviços e pessoal capacitado para coordenar as ações por ela desenvolvidas, que atualmente é um grande desafio aos gestores municipais, considerando o modelo de reestruturação e descentralização das ações em saúde (CONASS, 2007).

Com o processo de descentralização da AF aos municípios, eles são os responsáveis diretos pelas ações de saúde neste âmbito, que não pode se resumir apenas em adquirir e distribuir medicamentos. Apesar dos avanços observados na AF na Atenção Básica, ainda é desigual o acesso aos medicamentos essenciais pela população, especialmente os destinados à atenção primária, o que aponta a necessidade de melhoria na rede de serviços e outras ações a serem desenvolvidas (CARLO, 2019).

Considerando que desde a Lei Orgânica nº8080 de 1990, a atenção básica vem assumindo papel relevante no processo de construção do SUS é necessário que as ações desenvolvidas na AF acompanhem esse processo, pois vários cenários apontam para a necessidade de mudanças que são imprescindíveis para o enfrentamento dos desafios sanitários, econômicos e sociais da saúde, em especial do SUS (GERLACK et al., 2017).

Nesse sentido é importante identificar os principais desafios enfrentados pelos municípios no que tange à gestão da AF no SUS no âmbito da Atenção Básica, visando um atendimento de qualidade, integral,

equânime, tempestivo e eficiente ao cidadão usuário do SUS, bem como apontar os principais desafios de caráter estrutural e gerencial da AF nos municípios, além de discutir e propor caminhos para que tais desafios sejam minimizados, considerando a descentralização das ações e regionalização da AF no SUS.

Há mais de trinta anos, o SUS vem sendo estruturado a fim de garantir a toda população brasileira o direito a uma saúde de qualidade, com acesso universal e integral, ofertando ações de promoção, prevenção, proteção e recuperação da saúde. Nesse contexto, a importância do medicamento é indiscutível e seu acesso deve ser garantido através da operacionalização da AF que, no cotidiano dos serviços de saúde, ainda é comum a compreensão limitada deste conjunto de ações, reduzindo-a a apenas a necessidade de adquirir e distribuir os medicamentos, marginalizando a sua complexidade e a necessidade de ações para a garantia do acesso e uso racional dos medicamentos (CRF/PR, 2013).

Portanto, sua estruturação é considerada uma estratégia para o aumento e a qualificação do acesso da população aos medicamentos essenciais. Para isso, é imprescindível que as farmácias disponham de infraestrutura física, recursos humanos e materiais que permitam a integração dos serviços e o desenvolvimento das ações de AF de forma integral e eficiente, promovendo a melhoria das condições de assistência à saúde. O acesso com a qualidade necessária requer: estruturação; qualificação dos serviços de AF e a articulação de ações que disciplinem a prescrição, a dispensação e o uso correto de medicamentos (OPAS, 2005).

Para que a AF seja organizada de maneira apropriada, a Política Nacional de Medicamentos (Portaria GM/MS nº 3.916/1998) define que coordenar e executar a AF no âmbito municipal, elaborar as ações de vigilância sanitária, assegurar a dispensação adequada dos medicamentos, bem como possibilitar o suprimento dos medicamentos destinados à atenção básica à saúde de sua população, integrando sua programação à do estado, visando garantir o abastecimento de forma contínua e tempestiva são ações que competem à gestão municipal (BRASIL, 1998).

Vale enfatizar que a garantia do acesso aos medicamentos e sua adequada utilização pelos usuários do SUS está diretamente relacionada ao provimento dos medicamentos, bem como a sua dispensação. Ações essas

que devem ser efetuads pelo profissional farmacêutico, para a garantia da qualidade, tanto da concepção legal, quanto técnica (CRF/PR, 2013).

Apesar de o profissional farmacêutico estar devidamente capacitado para o desenvolvimento, produção, manipulação, seleção e dispensação de medicamentos, e possuir diversas áreas de atuação, a AF no serviço público de saúde brasileiro em seus diversos níveis de atenção é insuficiente, restringindo-se, muitas vezes, apenas às áreas de gestão e logística de medicamentos, que ainda requer muitas melhorias (ARAÚJO et al., 2008).

Embora a AF no Brasil tenha avançado signifitivamente nas últimas décadas, ainda existem vários desafios que precisam ser superados. Destacam-se: a integração das ações e serviços da AF no modelo proposto para reestruturação do SUS, na lógica das Redes de Atenção a Saúde (RAS), (TAVARES; PINHEIRO, 2014), precariedade dos ambientes onde se realizam as ações da AF, seja relacionado ao espaço físico, mobiliários ou ao tempo de espera para o atendimento nas farmácias, visando a humanização do atendimento, bem como a melhoria das condições de trabalho dos profissionais (TANAKA; TAMAKI, 2012).

A inserção da AF nas RAS é uma importante estratégia para a qualificação do acesso da população aos medicamentos. Essa ação contribui para a integralidade e resolutividade das ações de saúde. A integração da AF nas RAS se dá por meio de atividades gerenciais e clínicas com a finalidade de garantir a disponibilidade do medicamento aos usuários de forma racional e mesmo diante dos desafios é essencial que a AF conte com profissionais capacitados, qualificados e integrados à equipe de saúde (BRASIL, 2020a).

Quanto à situação sanitária dos medicamentos, existem condições inadequadas de armazenamento e de um amplo conjunto de requisitos imprescindíveis à conservação dos medicamentos presentes nas farmácias, os quais podem impactar negativamente na qualidade, eficácia e segurança dos medicamentos. No que diz respeito à promoção do uso racional de medicamentos destaca-se o desconhecimento da grande maioria dos prescritores em relação aos medicamentos essenciais padronizados na AF no SUS, que por sua vez não atende integralmente as necessidades de saúde da população assistida, além da incipiência da presença de serviços farmacêuticos clínicos no gerenciamento da terapia medicamentosa (COSTA et al., 2017).

Destaca-se ainda várias deficiências na AF da Atenção Básica: processos de planejamento e gestão pouco eficientes, foco no medicamento e no insumo e não no indivíduo, qualificação insuficiente dos recursos humanos, inadequação de procedimentos técnico-gerenciais, ambientes pouco adequados às exigências e necessidades dos serviços farmacêuticos, relações municipais de medicamentos pouco baseadas em critérios técnico-científicos ou a ausência delas, pouca integração do serviço farmacêutico com os demais serviços de saúde da rede (BRASIL, 2020b).

Sendo assim, faz-se necessário a análise e proposição de caminhos para a gestão da AF, especialmente no que tange aos pontos mais críticos para qualidade das ações e que dificultam o alcance dos objetivos das políticas da AF no SUS. Tais pontos são passíveis de mudança, de acordo com a situação e necessidades, influenciando a tomada de decisão, a implementação de novas ações e os planejamentos futuros para a área (GERLACK et.al., 2017).

## **METODOLOGIA**

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura que busca identificar as produções que discorrem sobre a AF e os principais desafios da sua gestão a nível municipal, que teve como ponto inicial da busca o ano de 1998, devido à publicação da Política Nacional de Medicamentos, que constitui um dos elementos fundamentais para a efetiva implementação de ações da AF, até o ano de 2021.

Para o levantamento foram utilizadas as bases de dados *Scientific Eletronic Library Online* (SCIELO) e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), utilizando os descritores: sistema único de saúde, assistência farmacêutica, atenção primária a saúde e gestão municipal.

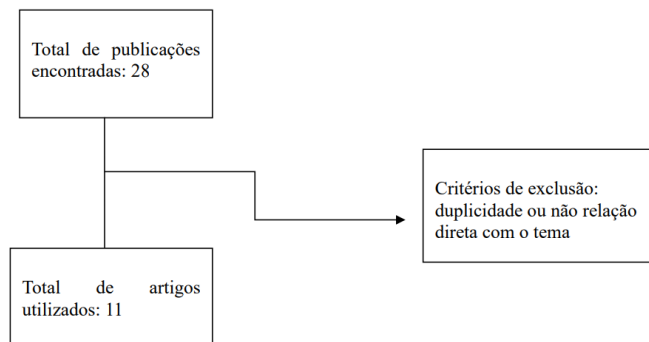
Foram selecionados apenas os artigos publicados em língua portuguesa, devido à facilidade de entendimento do idioma, assim como foram excluídos os artigos duplicados ou que não se relacionavam de forma relevante com o tema proposto do estudo.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Considerando os critérios da busca descritos na metodologia, foram

encontradas 28 publicações, sendo que 17 delas foram excluídas por estar em duplicidade ou não se relacionarem com o tema (Figura 1). Selecionouse 11 artigos que discorrem sobre a AF, suas características, importância e desafios (Quadro 1).

Figura 1: Seleção de artigos para a revisão integrativa da literatura



Fonte: Autoras (2021)

Quadro 1: Artigos incluídos na revisão de literatura sobre AF e seus desafios no âmbito municipal

| <b>Título em português</b>  | <b>Autor(es)</b> | <b>Periódico</b>         | <b>Ano da publicação</b> |
|---|------------------|--------------------------|--------------------------|
| Acesso a medicamentos: relações com a institucionalização da assistência farmacêutica.  | Barros et.al     | Revista de Saúde Pública | 2017                     |
| Força de trabalho na assistência farmacêutica da atenção básica do SUS, Brasil.   | Carvalho et.al   | Revista de Saúde Pública | 2017                     |
| Avaliação da Assistência Farmacêutica Básica nos Municípios de Abrangência da 17ª Coordenadoria Regional de Saúde do Rio Grande do Sul. | De Bernardi      | Saúde e Sociedade        | 2006                     |
| Financiamento da assistência farmacêutica na gestão municipal do Sistema Único de Saúde.  | Faleiros et.al   | Revista de Saúde Pública | 2017                     |



|  |                          |                          |      |
|--|--------------------------|--------------------------|------|
| Gestão da assistência farmacêutica na atenção primária no Brasil.  | Gerlack et.al            | Revista de Saúde Pública | 2017 |
| Serviço de dispensação de medicamentos na atenção básica no SUS.   | Leite et.al              | Revista de Saúde Pública | 2017 |
| Medicamentos essenciais e processo de seleção em práticas de gestão da Assistência Farmacêutica em estados e municípios brasileiros.           | Margarino Torres et.al   | Ciência & Saúde Coletiva | 2014 |
| Assistência farmacêutica na atenção básica e Programa Farmácia Popular: a visão de gestores de esferas subnacionais do Sistema Único de Saúde. | Matos et.al              | Saúde e Sociedade        | 2019 |
| Gestão da Assistência Farmacêutica e demandas judiciais em pequenos municípios brasileiros: um estudo em Mato Grosso do Sul.                   | Pinto e Osório-de-Castro | Saúde Debate             | 2015 |
| Caracterização da institucionalização da assistência farmacêutica na atenção básica no Brasil.   | Souza et.al              | Revista de Saúde Pública | 2017 |
| Os impactos da judicialização da saúde no município de São Paulo: gasto público e organização federativa.                                      | Wang et.al               | Rev. Adm. Pública        | 2017 |

Fonte: autoras (2021)

Através da leitura e compreensão dos artigos selecionados é possível inferir que a Política Nacional de Medicamentos foi o principal ponto de partida para assegurar à população o acesso aos medicamentos, embora garantir os princípios da equidade e justiça social implique num desafio constante.

Ressalta-se também que a assistência terapêutica integral, que inclui a AF, há algumas décadas vem sendo tema de debate entre gestores e sociedade, principalmente no que se refere ao princípio da integralidade, ao acesso equitativo aos medicamentos, aos critérios de incorporação de

tecnologias e à disponibilidade dos medicamentos na rede pública de saúde (COSENDEY, 2000).

Outra lacuna passível de melhoria diz respeito à estruturação dos serviços farmacêuticos, pois a reorientação das ações da AF, através da sua regionalização, trouxe um grande desafio para os municípios: a aquisição descentralizada de medicamentos. Uma vez que o município passa a ser o gestor do recurso financeiro, este se torna responsável por promover a busca de alternativas para racionalizar e otimizar os recursos disponíveis de forma a garantir à população o acesso aos medicamentos essenciais (FALEIROS et al., 2017).

Vários são os desafios enfrentados pelas gestões municipais no que tange a AF, mas é unânime que talvez o maior deles, seja o subfinanciamento: destaca-se a falta de reajuste do valor de repasse federal no componente básico, atrasos nos repasses financeiros pela esfera estadual, a incompatibilidade entre o financiamento e a real demanda dos municípios, que teve aumento significativo pela expansão das políticas de Atenção Básica e Assistência Farmacêutica, além do aumento de preços dos medicamentos e a judicialização do município para o fornecimento dos medicamentos para a população (VASCONCELOS et al., 2017; MATOS et al., 2019).

Em seu estudo, Wang et.al constatou que no Brasil houve um aumento significativo de decisões judiciais que obrigam o poder público a fornecer bens e serviços de saúde, ocupando o primeiro lugar de demanda a concessão de medicamentos.

E o que mais surpreende no dado estudo realizado no município de São Paulo é que a maior parte do gasto judicializado é direcionada à aquisição de medicamentos e insumos cujo fornecimento é da competência do Estado ou da União. Isso sem sombra de dúvidas sobrecarrega a esfera municipal e afeta a organização federativa do SUS.

Wang e colaboradores (2014) ainda salienta que este redesenho da AF no que se refere à distribuição de competências entre os entes federados tem conseqüências deletérias para o sistema, como acesso desigual ao SUS, pois aqueles que pleiteiam judicialmente têm acesso mais amplo a ações e serviços de saúde, enquanto o restante da população conta apenas com aquilo que está definido nas políticas; elevado grau de incerteza ao gestor público, não apenas sobre quanto recurso público precisará

disponibilizar para a compra de medicamentos demandados judicialmente, mas também sobre o impacto nas contas públicas e os cortes necessários em outras despesas e políticas.

Outro estudo realizado no Mato Grosso do Sul, também apontou a judicialização da saúde como um importante fator de aumento de gastos e desestruturação dos serviços da AF, o que acaba por impor maior sobrecarga aos municípios, principalmente pelo maior aporte de recursos que demanda aos cofres municipais. Fica clara a falta de estrutura dos municípios para a gestão das demandas, devido às enormes deficiências nas atividades da AF: falta de recursos humanos e falta de estrutura física para uma adequada disponibilização de medicamentos à população. Neste sentido, a judicialização se coloca como um complicador da situação da gestão da AF em municípios brasileiros (PINTO; OSORIO-DE-CASTRO, 2015).

Diante do exposto é inegável que o ente municipal fica sobrecarregado e se vê obrigado a destinar valores superiores à sua contrapartida pactuada para evitar o desabastecimento de medicamentos.

Somam-se ainda aos dificultadores supracitados para a gestão da AF municipal, entraves relacionados às ações voltadas a atuação do profissional farmacêutico: como a falta de apoio estrutural para o trabalho, insuficiência de recursos humanos devidamente capacitados, o que gera sobrecarga e acúmulo de atribuições para o farmacêutico, além do pouco treinamento para a equipe de trabalho sobre o ciclo da AF (PEREIRA; LUIZA; CRUZ, 2015).

No que diz respeito ao ciclo logístico da AF, deficiências em suas etapas comprometem o uso racional do medicamento, que é primordial para manter a qualidade de vida do usuário e otimizar a utilização dos recursos financeiros. No que tange à etapa de seleção, conclui-se que deve resultar em uma lista padronizada que orienta a aquisição. A ausência de lista padronizada é observada em vários municípios, o que compromete o processo de aquisição de medicamentos.

Sendo assim, não há regularidade de abastecimento conforme a real demanda, além de dificultar a execução dos recursos financeiros destinados à aquisição de medicamentos, pela possibilidade da não priorização desse item em meio às compras dos diversos órgãos da administração

pública municipal (MARGARINO-TORRES, 2014; SOUZA et al., 2017; BARROS et al., 2017).

Assim, enormes somas de recursos são desperdiçadas no país, pela ineficiência dos processos de aquisição. Também é importante salientar que a etapa da dispensação, que depende diretamente da adequada prescrição, interfere diretamente na qualidade do serviço. Outro ponto preocupante é o armazenamento que, muitas vezes é inadequado (DE BERNARDI; BIERBACK, THOMÉ, 2006).

Para que a AF seja executada de maneira a atender as necessidades da população usuária do medicamento é salutar que a sua gestão esteja sob a coordenação do profissional farmacêutico, além de contar com profissionais capacitados para exercer as funções de gestão e logística. O que se observa é que ainda há importantes deficiências na composição da equipe de trabalho da AF municipal, o que compromete a qualidade dos resultados na saúde e qualidade de vida da população (CARVALHO et.al, 2017).

Outro ponto que requer atenção diz respeito à estrutura física destinada aos serviços da AF municipal. Em seu estudo, Leite et.al, constatou que em vários municípios as unidades apresentam área de dispensação inadequada, com espaço menor que 10m<sup>2</sup>, barreiras entre usuários e profissional responsável pela dispensação, o que vai contra o atendimento humanizado, além de descumprimento das exigências sanitárias para o adequado armazenamento para a garantia da estabilidade dos medicamentos e insumos (LEITE et al., 2017).

Embora gerir a AF no âmbito municipal seja um desafio, é possível averiguar que existe uma preocupação significativa dos gestores com relação ao acesso aos medicamentos pela população, pois incluem dentro dos seus programas de governo metas nessa área da saúde. O que falta ainda é o olhar mais cauteloso para as adequações necessárias para que a AF atinja sua total eficácia no atendimento à população (SILVA JUNIOR; NUNES, 2012).

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A partir dos resultados expostos, podemos concluir que:

- O pequeno número de artigos evidencia a necessidade de mais

pesquisa e publicações sobre o tema.

- Apesar dos avanços da PNM e AF muitos problemas ainda perduram, o que compromete a missão de garantir o acesso da população aos medicamentos e seu uso racional, refletindo em prejuízo à saúde e qualidade de vida do cidadão.

- O profissional farmacêutico tem papel fundamental na qualidade da AF, que por sua vez, tem implicações diretas na eficiência dos serviços de saúde.

- Embora o Ministério da Saúde tenha ampliado as ações de apoio à AF, ainda existem vários desafios aos gestores municipais para a excelência das ações a fim de garantir o acesso equânime, integral e tempestivo aos medicamentos essenciais à população, bem como promover o seu uso racional.

## REFERÊNCIAS

ARAÚJO, A.L.A.; PEREIRA, L.R.L.; UETA, J.M.; FREITAS, O. Perfil da Assistência Farmacêutica na atenção primária do Sistema Único de Saúde. **Ciênc., Saúde Coletiva**, v.13, sup.1, p.611-617. 2008.

BARROS, R.D et.al. Acesso a medicamentos: relações com a institucionalização da assistência farmacêutica. **Rev. Saúde Pública**. 2017; 51 Supl. 2:8s.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Portaria GM/MS nº 3916 de 30 de outubro de 1998. Aprova a Política Nacional de Medicamentos. Brasília, DOU de 10/11/1998.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde (MS). **Assistência farmacêutica na atenção básica: instruções técnicas para a sua organização**. 2. ed. Brasília, 2006.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. Assistência Farmacêutica na gestão municipal: da instrumentalização às práticas de profissionais de nível superior nos serviços de saúde [**recurso eletrônico**] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Promoção da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2020a. 4 v.: il.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. Assistência Farmacêutica na gestão municipal: da instrumentalização às práticas de profissionais de nível

médio e/ou técnico nos serviços de saúde [**recurso eletrônico**] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Promoção da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2020b. 3 v.: il.

CARLO, Cristian C. A regionalização da Assistência Farmacêutica de Minas Gerais e a estratégia logística de descentralização da aquisição de medicamentos básicos para o SUS. **Economia e Políticas Públicas**, v. 7, n. 1/2019.

CARVALHO N.M et.al. Força de trabalho na assistência farmacêutica da atenção básica do SUS, Brasil. **Rev. Saúde Pública**. 2017;51 Supl. 2:16s

CONASS. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Resolução nº 338 de 06 de maio de 2004. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2004/res0338\\_06\\_05\\_2004.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2004/res0338_06_05_2004.html). Acesso em 22/08/2021.

CONASS. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Assistência Farmacêutica no SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2007. 186 p. (**Coleção Progestores** – Para entender a gestão do SUS, 7).

Conselho Regional de Farmácia – CRF/PR. ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO SERVIÇO PÚBLICO: **cartilha para gestores municipais**. 1º Ed. Curitiba, 2013.

CORADI, Ana E.P. A importância do farmacêutico no ciclo de Assistência Farmacêutica. **Arquivos Brasileiros de Ciências da Saúde**, v.37, n. 2, p. 62-64, maio/ago. 2012.

COSENDEY, M. A. E. et al. Assistência farmacêutica na atenção básica de saúde: a experiência de três estados brasileiros. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 171- 182, 2000.

COSTA, K.S et.al. Avanços e desafios da Assistência Farmacêutica na Atenção Primária no Sistema Único de Saúde. **Rev. Saúde Pública**. 2017;51 Supl. 2:3s

DE BERNARDI C.L.B; BIERBACK E.W; THOMÉ H.I. Avaliação da Assistência Farmacêutica Básica nos Municípios de Abrangência da 17ª Coordenadoria Regional de Saúde do Rio Grande do Sul. **Saúde e Sociedade** v.15, n.1, p.73-83, jan-abr 2006.

FALEIROS, D. R. et al. Financiamento da assistência farmacêutica na gestão municipal do Sistema Único de Saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 51, n. 2, p.1-10, 07 fev. 2017.

GERLACK, Leticia et.al. Gestão da assistência farmacêutica na atenção primária no Brasil. **Rev. Saúde Pública.** 2017;51 Supl. 2:15s.

LEITE S.N et.al. Serviço de dispensação de medicamentos na atenção básica no SUS. **Rev Saude Publica.** 2017; 51 Supl 2:11s.

MARGARINO-TORRES S. et.al. Medicamentos essenciais e processo de seleção em práticas de gestão da Assistência Farmacêutica em estados e municípios brasileiros. **Ciência & Saúde Coletiva**, 19(9):3859-3868, 2014.

MATOS L. et.al. Assistência farmacêutica na atenção básica e Programa Farmácia Popular: a visão de gestores de esferas subnacionais do Sistema Único de Saúde. **Saúde Soc.** São Paulo, v.28, n.1, p.287-298, 2019.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (OPAS). Ministério da Saúde. Avaliação da assistência farmacêutica no Brasil: estrutura, processo e resultados. Brasília, 2005. 260 p.

PEREIRA, N.C.; LUIZA, V.L.; CRUZ, M.M. Serviços farmacêuticos na atenção primária no município do Rio de Janeiro: um estudo de avaliabilidade. **Saúde em Debate** 2015; 39(105): 451-468.

PINTO C.D.B.; OSORIO-DE-CASTRO C.G.S. Gestão da Assistência Farmacêutica e demandas judiciais em pequenos municípios brasileiros: um estudo em Mato Grosso do Sul. **Saúde debate** | Rio de Janeiro, v. 39, n. especial, p. 171-183, dez 2015.

SILVA JÚNIOR, E.B.; NUNES, L.M.N. Avaliação da Assistência Farmacêutica na atenção primária no município de Petrolina (PE). **Arq Bras Ciências da Saúde** 2012; 37(2): 65-69.

SOUZA, G.S. et.al. Caracterização da institucionalização da assistência farmacêutica na atenção básica no Brasil. **Rev Saude Publica.** 2017; 51 Supl. 2:7s.

TANAKA, O.Y.; TAMAKI, E.M. O papel da avaliação para a tomada de decisão na gestão de serviços de saúde. **Cienc Saude Coletiva.** 2012; 17(4): 821-8.

TAVARES, Noemia; PINHEIRO, Rafael. Assistência Farmacêutica no SUS: avanços e desafios para a efetivação da assistência terapêutica integral. **Tempus, actas de saúde colet**, Brasília, 8 (1), 49-56, mar, 2014.

VASCONCELOS, D. M. M. et al., Política Nacional de Medicamentos em retrospectiva: um balanço de (quase) 20 anos de implementação. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 8, p. 2609-2614, 2017.

WANG D.W.L. et.al. Os impactos da judicialização da saúde no município de São Paulo: gasto público e organização federativa. **Rev. Adm. Pública** — Rio de Janeiro 48(5):1191-1206, set./out. 2014.



# O ISOLAMENTO DENTRO DO ISOLAMENTO: DISCUSSÕES INTRODUTÓRIAS SOBRE A QUESTÃO DO ENVELHECER EM UMA CIDADE DO INTERIOR DA BAHIA

*Iuri Nobre dos Santos<sup>1</sup>*

*Marcela Mary José da Silva<sup>2</sup>*

## INTRODUÇÃO

A experiência universitária está para além de formar um profissional. Enquanto discente do Curso de Ciências Sociais na Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB) no Centro de Artes, Humanidades e Letras (CAHL) ingressei no Grupo de Trabalho de Envelhecimento Populacional (GTENPO), do curso de Serviço Social. Através das ações de extensão, de pesquisa e das discussões fui desenvolvendo um outro olhar sobre a experiência social do envelhecimento num município do interior da Bahia. Essa é a primeira constatação das reflexões do grupo: o envelhecimento não é um processo igual em todas as cidades. Não existe um grupo de velhos, mas vários tipos, modalidades e níveis de envelhecimento. Dediquei-me a observar a relação entre envelhecimento, a educação não formal variáveis que se somaram ao fenômeno mundial da pandemia.

A pandemia causada pelo novo coronavírus tem intensificado ainda mais a perda de autonomia dos idosos em relação às suas atividades

- 
- 1 Discente do curso de Ciências Sociais da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia Membro dos Grupos de Pesquisa e Extensão Serviço Social na Educação - GTSSSEDU e Serviço Social e Envelhecimento Populacional - GTENPO, Membro do Núcleo de Pesquisa em Interseccionalidade, Interculturalidade, Gênero e Coletivos-NUGIICS-CECULT, Cachoeira- BA, iurinobre.ciso@gmail.com.
  - 2 Docente do curso de Serviço Social da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, Coordenadora dos Grupos de Trabalho e Extensão Serviço Social na Educação-GTSSSEDU e Serviço Social e Envelhecimento Populacional - GTENPO, Cachoeira- BA, mmjsilva@ufrb.edu.br.

cotidianas. Iniciativas para conter o contágio foram e têm sido adotadas, com especial atenção para as pessoas consideradas de grupos de risco, sendo os idosos, o grupo com maior risco de morte em todo o mundo. Ou seja, o grupo mais vulnerável. (OLIVEIRA, 2018). Neste contexto, os idosos tornaram-se o centro de associação da doença COVID-19 ao elevado risco de morte, por já ser um dos ciclos de vida em que as pessoas por diversos motivos, sociais, relacionais, econômicos e por vezes físicos já estão mais expostas. A principal estratégia adotada pelo Ministério de Saúde e replicado em estados e municípios foi o distanciamento social para a maioria da população. Essa estratégia de distanciamento, necessária frente ao quadro de avanço do contágio, acabou por gerar diversas consequências para vários públicos e segmentos sociais. Mas, para esse grupo especial, destacamos a existência do isolamento social duplo. Denominamos assim por observarmos que essa camada da população já sofria de outros isolamentos: espacial, familiar, de acesso a direitos, dentre outros.

Desde 2006, quando foi aprovada a Portaria n° 2528/GM, que estabeleceu a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa - PNSI, já se tinha a compreensão que esse público já se encontrava num processo de invisibilidade e isolamento estabelecidos e que essa realidade deveria ser combatida. A Política Nacional do Idosos abriu portas para a essa constatação. A PNSI tem finalidade primordial, recuperar, manter e promover a autonomia e a independência dos indivíduos idosos, direcionando medidas coletivas individuais de saúde para esse fim, em consonância com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2006). Se, em condições “normais” o envelhecimento mal desenvolvido pode ocasionar o aparecimento ou agravamento de transtornos mentais como ansiedade e depressão, sofrimento entre outros (TAVARES, 2009), imaginemos em meio à uma pandemia o que pode acontecer. Estudos precisam ser realizados para compreendermos as consequências que a pandemia impôs a todos os ciclos de vida, mas, destacamos que sobre a população já idosa, termos que amearhar mais esforços.

Segundo Hortulanus, Meeuwse e Michielse (2009) o isolamento social é classificado como um ato voluntário ou involuntário de se manterem os indivíduos isolados do convívio com outros indivíduos ou com a sociedade. O isolamento social voluntário é aquele em que a pessoa, por

conta própria, afasta-se do grupo de convivência e da sociedade por problemas pessoais, tais como depressão ou sentimento de não identificação com ele.

O isolamento social involuntário pode ocorrer por outras questões, como a guerra e por questões sanitárias quando, em exemplo do ocorrido devido à pandemia da COVID-19, os indivíduos necessitam isolar-se para evitar a propagação da doença (HORTULANUS; MEEUWSEN; MICHIELSE, 2009).

O isolamento social usado como ferramenta de proteção comunitária por causa da pandemia da COVID-19 atingiu não apenas a saúde física das pessoas, como também a saúde psicológica e o bem-estar da população não infectada, por conta da restrição por longo tempo de mobilidade e limitação da interação social.

O envelhecimento é um segmento que ocorre de modo natural na fase final do ciclo vital, as características para essa fase da vida são: alterações físicas, sociais e psicológicas. Existe uma relação entre o tempo vital cronológico e o desenvolvimento de fios brancos, diminuição da audição, visão e a imunidade. A população idosa apresenta modificações gerais como o embranquecimento e a queda de cabelo; aumento na sensação de frio causado pela diminuição do tecido adiposo subcutâneo; perda de cartilagem que leva ao encolhimento do corpo; atrofia muscular causando a diminuição dos movimentos (BANDEIRA, 2010).

De acordo com FREIRE (2017) a população idosa brasileira aumentou de 9% em 2001 para 12,1% em 2011. Nesse mesmo ano, as pessoas com 60 anos ou mais se somavam aproximadamente 23,5 milhões, mais que o dobro do registrado em 1991. Já segundo Oliveira e colaboradores (2018), no século XXI, o envelhecimento populacional anual está marcado com um total de quase 58 milhões de novos sexagenários, denotando que, fenômeno do envelhecimento não pode ser ignorado, estando as mulheres em sua maioria, ou seja, para cada 100 mulheres sexagenárias, há 84 homens em igual idade, confirmando a feminilização da velhice.

Concordando com FREIRE (2017), o envelhecimento populacional é um fenômeno significativo e de amplitude mundial tornando-se temática relevante tanto do ponto de vista científico, quanto de caráter social, que estão diretamente voltados para o reconhecimento das condições de vida e

do desenvolvimento de serviços e ferramentas. Os sintomas da COVID-19 são variados e acontecem desde a forma mais branda até um acometimento grave com necessidade de internação hospitalar, sendo os principais: febre alta, tosse e dispneia. A infecção ainda pode acometer trato respiratório inferior e apresentar-se como pneumonia, por exemplo, corroborando para um caso mais grave (WHO, 2020). Sua gravidade é variável e foi difícil para as autoridades aprenderem o que fazer. No início é chamada como uma doença que “só atingia velhos” a pandemia foi chamada. Esse equívoco, além de discriminatório em relação aos maiores de 60 anos, ocasionou em erros estratégicos de proteção aos demais ciclos de vida. O índice de mortalidade de idosos acometidos pelo vírus com mais de 60 anos é de 8,8%, já em idosos com mais de 80 anos o índice é de 14,8% (NUNES et al., 2020).

Com o número crescente de casos e letalidades, em 2020, o isolamento social precisou ser implementado como medida para conter a propagação viral (BANERJEE; RAI, 2020). Através desse isolamento, conseguimos ter visibilidade de vários aspectos da sociedade. O envelhecimento e sua dimensão em todas as cidades do Brasil, foi um desses aspectos da dinâmica social. As cidades do interior, seus dispositivos públicos de saúde, quantidade de profissionais, qualidade dos serviços disponíveis, número de leitos de ambulatório e de UTI e estruturas pós-morte, tudo ganhou uma nova perspectiva.

## **ISOLAMENTO DA PESSOA IDOSA EM TEMPOS DE PANDEMIA**

Na pandemia, idosos acima de 60 anos passaram por um isolamento social bem mais rígido, não por vontade própria, mas como método preventivo à exposição e contágio do vírus. Mas o isolamento pensou apenas nos idosos hígidos, aqueles que podem se mexer, realizar suas funções pessoais, familiares e sociais, sem grandes problemas. Para estes, o isolamento era, “só ficar em casa”. Mas, como falamos anteriormente, esse “mar de cabelos brancos” tem uma diversidade enorme. Temos idosos acamados, com restrição de movimento, alvos de negligência e abandono, em instituições de longa permanência, aqueles que ainda trabalham para se manter e manter sua família. O distanciamento do convívio com a comunidade

(rotinas e necessidades) é tolerado de forma diferente pelos grupos de idosos que possuem companhia de familiares lidando com as consequências desse isolamento de forma mais moderada, idosos que vivem com contato reduzido com familiares bem antes do contexto pandêmico, sofrem as mazelas do distanciamento social de forma mais intensa. Segundo Teixeira:

a solidão é um fenômeno complexo de significado abrangente e subjetivo, sobre o qual existem diversas abordagens teóricas e metodológicas que têm realçado diferentes causas e manifestações da mesma'. Temos idosos que vivem sozinhos, em Instituições de Longa Permanência, idosos que convivem com outros idosos, que convivem com suas famílias, todos, cada um em suas experiências provadas de vida, sofreram a combinação do distanciamento, as alterações de rotinas e o isolamento social (2010, p. 3).

O risco de morrer de COVID-19 aumenta com o peso, com as comorbidades, fenômeno presente nos idosos, já que a maioria das mortes ocorreu em idosos, particularmente aqueles possuidores de doenças crônicas. Com o passar de 2021 esse impacto das mortes foi sentido em outros grupos de forma crescente. Hoje estamos num processo de vacinar crianças de 5 a 11 anos em todo Brasil. O envelhecimento traz novas rotinas que necessitam de adaptações, segundo Beauvoir (1990) o idoso sente-se inquieto com as mudanças, dando preferência a rotinas já determinadas. Os idosos em sua maioria, reproduzem suas relações sociais em espaços não formais de aprendizagem, espaços esses que foram igualmente reduzidos com o avanço e desenvolvimento da pandemia. São nesses espaços que suas interações, inclusive intergeracionais, ocorrem.

Sabemos que o envelhecimento é caracterizado por alterações morfológicas, psicológicas, físicas, bioquímicas e fisiológicas (COELHO et al., 2013). Tais modificações indicam uma maior vulnerabilidade a enfermidades, como a depressão, podendo influenciar na qualidade de vida do idoso. Contudo, depressão não é uma consequência natural do envelhecimento, consistindo em uma morbidade psíquica relacionada a um intenso sofrimento, podendo acarretar no declínio cognitivo e maiores índices de mortalidade (GARCIA et al., 2012).

De acordo com Fiorillo (2020) a situação mundial diante da pandemia, tem mudado a percepção da assistência de saúde, que nesse momento deve priorizar não só o biológico, mas também a saúde mental tanto dos

pacientes como da população geral. Isto porque, a principal medida de prevenção e controle da doença é o isolamento social, que por sua vez é um agente estressor em uma sociedade movimentada como a contemporânea. Esse fato impacta os grupos sociais de formas diferentes.

De acordo com Brooks e colaboradores (2020) há uma necessidade de avaliar quais são os efeitos psicológicos que o isolamento pode desencadear, posto que entre os fatores de estresse, nesse momento, inclui-se o próprio isolamento, medo de ser contaminado, tédio, as informações insuficientes, a situação financeira, e a frustração devido à incerteza de quando a situação será controlada.

Apesar da necessidade se fazer presente diante de um contexto pandêmico, tais medidas afetaram a população na rotina de vida e saúde, de forma mais intensa no que diz respeito a saúde mental, agravando ou constituindo fatores de risco para o desencadeamento de outras doenças, crônicas e virais, sendo que em tais cenários pandêmicos, o isolamento social pode aumentar de forma significativa a incidência e o agravamento de tais quadros (Wang et al., 2020).

Lembramos que, pela disposição historicamente desigual de serviços e bens sociais, e por fatores, inclusive históricos-arquitetônicos, o isolamento social de alguns idosos é preexistente à pandemia. A presença dela, apenas catalisou esse isolamento, chancelando uma invisibilidade aos direitos, que muitos velhos e velhas só começaram a acontecer agora, quando velhos, e desconsiderar outros públicos também como as pessoas com deficiência.

O distanciamento compreendido como inicialmente físico, avançou para o campo social e os idosos tiveram sua comunicabilidade, sua mobilidade e sociabilidade limitadas. E essas três dimensões são oriundas e se desenvolvem nos espaços não formais de aprendizagem: onde estão a família, as amizades, a religiosidade, o lazer, a interação, o direito de ir e vir e os demais direitos sociais. O espaço não formal de aprendizagem é maior do que os espaços formais e são mais públicos, populares e diversos. São espaços de trocas sociais. Os idosos de hoje, do interior, cidades de pequeno e médio porte, já eram alvo de isolamento no que se refere à disposição de aparelhos sociais que permitissem seu acesso aos direitos sociais e à interação social. Mas no contexto pandêmico isso catalisou-se. Todos

nós que estamos no processo de envelhecer sofremos e ainda sofreremos as consequências disso. Os idosos de hoje estão sofrendo essa situação.

O distanciamento social, a quarentena e o isolamento, reduzem os estímulos necessários para que as pessoas desenvolvam suas atividades rotineiras. Em virtude da mudança brusca na rotina dos indivíduos com alguns impactos em suas vidas, apesar das consequências negativas de todo o transtorno causado pela pandemia da COVID-19 vem gerando aos idosos, temos que destacar que são nos momentos de crise que o ser humano pode desenvolver a resiliência e podem agir com cooperação e solidariedade. Mas é necessário construir condições para isso. O distanciamento social deu visibilidade às pessoas idosas e as colocou como prioridade para a vacina, por exemplo. Mas o distanciamento também mostrou o quanto não víamos as pessoas idosas

## **IMPACTOS DA QUARENTENA EM TEMPOS DE PANDEMIA**

Segundo a Organização das Nações Unidas (2020), em março do ano de 2020, de acordo com a Organização Mundial Saúde - OMS que toda a população se atentasse ao cenário de pandemia, que exige cuidados em saúde mental na situação vivenciada pela COVID-19. Sendo os idosos um público-alvo das principais alterações, devido ser classificado “grupo de risco”, caberia um olhar atencioso a este grupo que se encontra em isolamento social e domiciliar. Por ser parte de um grupo risco de contágio dos sintomas da COVID-19, os idosos precisam ser percebidos de perto nesse momento em que manter-se afastado do convívio social é a melhor maneira de evitar o desenvolvimento da doença.

O fato é que o isolamento na terceira idade já era recorrente antes mesmo da pandemia do novo Coronavírus, e agora se torna ainda mais agravante, pois os idosos ficam mais passíveis ao vírus, e, com isso, avalia-se o aumento no número de idosos submetidos à viver presos em seus domicílios por causa da quarentena, e por muitas vezes ficam totalmente abandonados pela família, devido à distância e tendo formas de se comunicar meios de as mídias sociais.

Num momento em que o idoso se tornou o centro das atenções ficou evidente também a importância da enfermagem geriátrica.

Com a necessidade de medidas apropriadas visando proteger e educar o idoso, a figura do enfermeiro mais uma vez se faz presente, pois, além de ser um cuidador, esse profissional é também um educado (FERREIRA, 2020, p. 9).

Nessa perspectiva, pode-se afirmar que juntamente com a pandemia de COVID-19 surge um estado de pânico social em nível global e a sensação do IS desencadeia os sentimentos (e. g., de angústia, insegurança e medo), que podem se estender até mesmo após o controle do vírus (HOSSAIN, 2020).

O modelo de isolamento vertical se propõe a aumentar a imunidade da população para que haja uma diminuição do número de casos e de transmissão com o distanciamento social, apenas, por parte daqueles que são considerados mais vulneráveis à doença (SCHUCHMANN et al., 2020).

Assim, diante da emergência internacional relacionada a SARS-CoV-2 informada, a comunidade científica ficou, e ainda está voltada, em sua grande parte, para identificar e produzir alternativas que possam minimizar ou sanar as consequências levando em consideração todos os aspectos relacionados a pandemia, desde aspectos do processo saúde-doença, até fatores psicológicos, melhores tratamentos, impactos socioeconômicos, devido ao aumento do investimento em saúde, entre outros. O confinamento imposto pela COVID-19, que já foi descrito como o “maior experimento psicológico do mundo” (VAN HOOFF, 2020), vem colocando à prova a capacidade humana de extrair sentido do sofrimento e desafiando indivíduos e sociedade, no Brasil e em todo o planeta, a promoverem formas de coesão que amortecem o impacto de experiências-limite na vida mental. Ao mesmo tempo, essa realidade vem exigindo da União, dos estados e dos municípios ofereçam serviços capazes não só de dar conta no pico da crise, mas nas sequelas dela também.

Segundo profa. Marcela Silva (2020) o que podemos afirmar é que o isolamento e o distanciamento impostos com a pandemia mostraram outras pandemias que estavam, e estão acontecendo, e não tinham visibilidade: a pandemia da fome, do desemprego, da falta de serviços e vagas, a pandemia da falta de ações do estado para público que precisam, a pandemia da falta de casas, a pandemia da falta de transportes pandemia da falta



infraestrutura urbana, principalmente em cidades do interior dos estados.

## **OBSERVANDO UM POUCO MAIS DE PERTO**

A proposta deste estudo foi analisar, em sua primeira fase, a problemática do distanciamento/isolamento social adotadas para o controle da pandemia COVID-19 e sua relação com as condições de vida dos idosos no interior da Bahia, observando o isolamento social como um fenômeno do espaço não formal de educação. Para esse resultado, através das necessidades colocadas ao Grupo de Trabalho de Envelhecimento Populacional do Recôncavo- GTENPO, colocamo-nos a pensar a partir do serviço social a possibilidade de ampliar o debate dentro desta temática sobre o envelhecimento em meio a pandemia. Sendo assim, os objetivos do artigo foram identificar as principais fragilidades apresentadas pelas pessoas idosas devido ao isolamento, imposto pelo novo Coronavírus e articular a discussão do distanciamento/isolamento social aos espaços não formais de aprendizagem.

O isolamento social é entendido como uma medida que visa separar as pessoas doentes, sintomáticos e respiratórios, casos suspeitos ou confirmados de infecção por coronavírus, para evitar a propagação do vírus, podendo ocorrer em domicílio ou em ambiente hospitalar, conforme o estado clínico da pessoa, mas requer, de qualquer forma, uma interação de compreensões, sentidos e práticas sociais.

A pandemia de coronavírus tem atravessado todo o tecido social, não poupando praticamente nenhuma área da vida coletiva ou individual, com repercussões em todas as esferas da sociedade e, em especial, na saúde mental. Em situações de epidemia, o número de pessoas psicologicamente afetadas costuma ser maior que o de pessoas acometidas pela infecção, sendo estimado que um terço da população possa apresentar consequências psicológicas e psiquiátricas caso não recebam cuidados adequados (ORNELL et al., 2020). A passagem da pandemia no mundo e no Brasil vai continuar exigindo da ciência a produção de entendimentos e compreensões sobre suas sequelas que serão diversas.

## METODOLOGIA

O fio condutor dessa pesquisa foi observar o isolamento social imposto aos mais velhos como parte, como um elemento da dinâmica da totalidade social e dos valores atribuídos à condição de envelhecer em nosso país. Há, no processo de envelhecer, uma diversidade e uma carga histórica de não-direitos acumulados que pouco ou nada é discutido se olhar o grande número de pessoas que já tem mais de 60 anos.

O método principal se desenvolveu através do levantamento de idosos que residem no município de Muritiba-Ba, localizado no interior da Bahia, e que aderiram ao isolamento social, informações sobre a pandemia e compreensão do envelhecimento como processo inscrito nas relações de produção e reproduções sociais, com consequências específicas para cada território. Destacamos as dificuldades encontradas para acessar dados atualizados sobre o município, não só sobre os idosos e a pandemia, mas sobre os demais ciclos de vida, e dados econômicos, sociais e históricos. Com isso percebeu-se a dificuldade de se monitorar ou articular informações no interior.

Para entender os impactos do isolamento social no município de Muritiba é preciso entender a dimensão do envelhecimento nessa cidade do interior. Muritiba é uma cidade de 29.420 habitantes. Com apenas um hospital e possuindo 8 unidades de saúde da família entre sede e zona rural, ficando a 143 km de Salvador,

**Tabela 1 INDICADORES CALCULADOS PARA O MUNICÍPIO DE MURITIBA NO ESTADO DO(A) BAHIA**

|  |          |
|--|----------|
| Proporção de idosos economicamente ativos 2010                           | 20.45%   |
| Proporção de idosos do sexo masculino economicamente ativos 2010         | 32.15%   |
| Proporção de idosos do sexo feminino economicamente ativos 2010          | 13.05%   |
| Proporção de idosos do sexo masculino que moram sozinhos 2010            | 11.60%   |
| Número de idosos do sexo masculino que recebem aposentadoria/pensão 2010 | 1067.4%  |
| Número de idosos do sexo feminino que recebem aposentadoria/pensão 2010  | 1832.93% |
| População idosa total 2019   | 3788.00% |

|  |          |
|--|----------|
| População idosa do sexo masculino 2019                 | 1437.00% |
| População idosa do sexo feminino 2019                  | 2351.00% |
| Índice de envelhecimento da população masculina 2019   | 46.99%   |
| Índice de envelhecimento da população feminina 2019    | 80.43%   |
| Proporção de idosos do sexo masculino analfabetos 2010 | 35.43%   |
| Proporção de idosos do sexo feminino analfabetos 2010  | 43.40%   |
| Número de óbitos de idosos do sexo masculino 2019      | 67.00%   |
| Número de óbitos de idosos do sexo feminino 2019       | 75.00%   |
| Taxa de mortalidade de idosos 2019                     | 3748.68% |
| Taxa de mortalidade de idosos do sexo masculino 2019   | 4662.49% |
| Taxa de mortalidade de idosos do sexo feminino 2019    | 3190.13% |

Fonte: FIOCRUZ 2011.

Em 2010, a cada grupo de 100 idosos homens 35 eram analfabetos. Partindo para as mulheres idosas a cada 100, apenas 43 são analfabetas. Antes da pandemia foi apresentado por uma pesquisa do IBGE no ano de 2019 que 18,6% dos idosos no Brasil são analfabetos. Isso mostra a falta de acesso à educação, ao trabalho, o isolamento histórico desses idosos do direito. Outro aspecto que estudo apresenta que a quantidade de idosos no ano de com uma economia ativa é de 20.45%.

De acordo com o Censo 2010 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística-IBGE, é na região Nordeste que se concentram os maiores índices de analfabetismo do país. No Brasil a ausência de políticas educacionais voltadas à velhice e ao analfabetismo pode ser visualizada na escassez dessas questões nas leis específicas, como a Lei de Diretrizes e Bases da Educação (LDB) e o Estatuto do Idoso. Ainda segundo o IBGE (2012), Boa parte da população não-alfabetizada no Brasil é composta por pessoas de idade mais avançada, ou seja, idosos e adultos mais velhos, especialmente as mulheres, os negros e afrodescendentes, os indígenas e os residentes nas áreas rurais e na região Nordeste.

**Tabela 2 - INDICADORES DA QUANTIDADES UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE MURITIBA**

| <b>UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA</b>  | <b>LOCALIDADE</b> |
|--------------------------------------|-------------------|
| USF DR JOSE MARIA DE MAGALHAES NETTO | ZONA URBANA       |
| USF NOSSA SENHORA SANTANA            | ZONA URBANA       |
| USF JOÃO PAULO II                    | ZONA URBANA       |
| USF ROBERTO PENA FACHINETTE          | ZONA URBANA       |
| USF DEUSILDES MATIAS DE ALMEIDA      | ZONA URBANA       |
| USF SAO JOSE DO ITAPORA I            | ZONA RURAL        |
| USF SAO JOSE DO ITAPORA II           | ZONA RURAL        |
| USF HUMBERTO AUGUSTO ALVES           | ZONA RURAL        |
| USF ANTONIO FLORIANO DE OLIVEIRA     | ZONA RURAL        |

Fonte: SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE MURITIBA, 2019.

O IBGE (2018) demonstrou aumento crescente da população idosa cuja projeção para 2050 representará trinta por cento da população. Este processo crescente de envelhecimento é total resultado dos investimentos das políticas públicas e pela primeira vez na história haverá mais idosos do que jovens com menos de 15 anos no mundo.

O envelhecimento humano é um processo universal que se caracteriza por uma adaptação das atividades funcionais, com tendências para enfermidades, principalmente na formação sócio-histórica brasileira. Por essa razão, busca-se continuamente a construção de políticas públicas para a pessoa idosa. Nesse aspecto também se luta pela inclusão dessa discussão atravessando os currículos de formação dos profissionais de diversas áreas, mas principalmente da saúde. As políticas públicas para esse segmento social só serão sentidas a partir de um uma ampla divulgação e implementação por dentro da formação profissional. São as pessoas que materializam as políticas em seus cotidianos. Como existem uma diversidade de espaços sócio-ocupacionais e diferenças enormes entre as cidades, os profissionais devem usar seus conhecimentos e criatividade na busca de novas estratégias que oportunizem, práticas alternativas, conciliando a cultura e os hábitos dos idosos, identificando assim, a melhor forma de

tratamento, incluindo práticas integrativas e complementares que venham a beneficiar o usuário e seu tratamento.

## **RESULTADOS PRINCIPAIS**

Durante o processo de pesquisa identificamos que a pandemia causada pelo novo coronavírus tem causado a suspensão de atividades essenciais para o bem-estar da pessoa idosa como por exemplo: grupos de convivência social, consultas, academia inseridas nas praças, igrejas, entre outros eventos de lazer que as regiões possuem. Outro aspecto que precisa ser destacado é a condição dos idosos que residem zonas rurais. Estes tendem ainda a um isolamento maior devido à distância das sedes dos municípios e ainda mais dos grandes centros urbanos. Combinando o fator distancia com a má distribuição de aparelhos sociais, serviços e bens sociais, o isolamento aprofunda-se.

Neste contexto, a população idosa foi, de certa forma, duplamente isolada na perspectiva social. o isolamento do acesso a diversos direitos combinados ao isolamento que o distanciamento social impôs ao cotidiano de tantos. Espera-se com essa pesquisa dar essa visibilidade à questão da diversidade e da história da experiência de isolamento social que os velhos e velhas já viviam mesmo antes da pandemia.

Também é intuito deste trabalho demonstrar o que os idosos perderam com a pandemia. Por exemplo, o Lar do Idosos de Muritiba assistia 42 idosos com atividades físicas, enfermaria e outras atividades voltadas para o bem-estar dos moradores. Porém, essas atividades foram suspensas por conta do COVID-19. Visitas, atividades com o com a presença do público externo tiveram que ser canceladas. Entendemos que essa medida foi protetiva. Concordamos com o isolamento social. Mas, estamos compreendendo as consequências que teremos que dar conta após a pandemia?

Os resultados evidenciam a importância de considerar o impacto das políticas públicas, principalmente a partir do isolamento social, destacando a necessidade de elaborar estratégias que considerem as desigualdades sociais, econômicas e políticas existentes em cada município e suas características culturais.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo sinaliza a relação entre isolamento social e as condições de vida do idosos numa cidade do interior da Bahia, mas que poderia ser em outro qualquer estado do Brasil. Observou-se que a pandemia evidenciou alguns comportamentos da população durante o isolamento social: o preconceito com os velhos e velhas – quando de início a doença chegou até a ser “minimizada” pois só os velhos morriam; o aumento da violência contra minorias; o aumento do abandono de familiares, as diversas expressões de falta de empatia para com os sofrimentos das famílias e os mortos. Foram e ainda são tempos difíceis para todos nós. Mas as consequências da pandemia, ainda estão se construindo: o distanciamento e o isolamento já têm mostrado seu impacto com o aumento de casos de depressão, suicídio e outros agravos à saúde. Nosso preconceito não nos permite sequer rastrear a depressão ou pensarmos que pessoas idosas podem atentar contra sua própria vida.

A quietude imposta pelo distanciamento social, as ruas vazias nos mostraram muito sobre muitos grupos e, sobre a população idosa, conseguimos ver o isolamento duplo: isolados das políticas públicas, dos direitos sociais e isolados do cotidiano. É claro que esse estudo aponta para a necessidade de mais pesquisadores se debruçarem sobre as questões do envelhecimento, do envelhecimento em cidades de pequeno porte e sobre as consequências da pandemia para esse público. Há que se considerar aspectos como a desigualdade socioeconômica, a desigualdade regional a história de invisibilidades de alguns públicos.

A presente pesquisa buscou mostrar que as experiências dos idosos com o modelo de isolamento imposto frente à COVID-19 se mostrou eficiente para a proteção contra o COVID-19 mas, ineficiente por não pensar em outras formas de abordagem e atenção ao público isolado. Consideramos de suma importância pensar na sociedade envelhecida não a partir de suas fragilidades orgânicas, apesar da ameaça do COVID-19, mas pensar esse público a partir das suas fragilidades sociais. Temos dois grandes grupos agora: o grupo com mais de 60 anos e outro grupo que está sem reconhecimento do seu processo de envelhecimento. Ambos precisam de atenção.

O isolamento social impulsionou problemas que afetam a saúde

mental dos idosos, como a vulnerabilidade do sistema imunológico associado a outras comorbidades, o preconceito de idade, a perda de independência e as dificuldades encontradas nas atuais formas de comunicação, e sobretudo, nos relacionamentos familiares.

Enquanto permanecer esta pandemia, as populações vulneráveis, especialmente os mais velhos, demonstram precisar uma maior atenção dos órgãos públicos. Essa atenção deve atentar-se para as questões da intensificação dos problemas de ordem física e mental frente à pandemia que integram grupos de alto risco por causa da intensificação de problemas de saúde física, mental e emocional frente a pandemia, mas, sobretudo entender, a necessidade de se tratar questões de sobrevivência social: alimentação, moradia, lazer, atenção, segurança, acessibilidade, educação dentre outros fatores que combinados possibilitam um envelhecer melhor.

Que o legado da pandemia nos conduza para olhar de forma diferentes para esse público tão diverso que é a população idosa do nosso país.

## REFERÊNCIAS

MURITIBA. SECRETARIA DE SAÚDE. Disponível em: <http://www.muritiba.ba.gov.br>. Acesso em 01 de março. de 2022.

BANDEIRA, Isabela. **Fragilidade em idosos**: uma revisão integrativa. Trabalho final para atribuição de Licenciatura, Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2010.

BANERJEE, D.; RAI, M. Social isolation in Covid-19: The impact of loneliness.

**International Journal of Social Psychiatry**, v. 66, p. 525–527, 2020.

BEAUVOIR, S. **A velhice**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.528 de 19 de outubro de 2006**. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília, 2006.

BRASIL. IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo Brasileiro de 2010**. Rio de Janeiro: IBGE, 2012.

BRASIL, Lei nº 10.741/2003. **Estatuto do idoso**. Brasília: Senado Federal Coordenação de Edições Técnicas, 2017.

BROOKS, S. K. et al. The psychological impact of quarantine and how

to reduce it: rapid review of the evidence. **The Lancet**, 2020.

COELHO, F. G. et al **Exercício físico no envelhecimento saudável e patológico: da teoria à prática**. Curitiba (PR): CRV, 2013.

FERREIRA, Aydogdu, A. L. Novo coronavírus e os riscos do isolamento social para os idosos: revisão integrativa. **Revista De Enfermagem Da UFJF**, 5(2). <https://doi.org/10.34019/2446-5739.2019.v5.30691>, 2020.

FREIRE, Maria Cássia Corrêa Mazzi. **Condições de vida e saúde de idosos atendidos em ambulatório de saúde mental**. Marília, Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Acadêmico em Saúde e Envelhecimento da Faculdade de Medicina de Marília, 2017.

FIOCRUZ. **Instituto de Informação e Comunicação Científica e Tecnológica em Saúde. (ICICT). Sistema de Indicadores de saúde e Acompanhamento de Políticas Públicas do Idoso (SISAP-Idoso)**. Rio de Janeiro, 2011.

FIORILLO, A, The consequences of the COVID-19 pandemic on mental health and implications for clinical practice. **European psychiatry: the journal of the Association of European Psychiatrists**, p. 1., 2020.

GARCIA, M. A. A. et al. O envelhecimento e a saúde. **Rev Ciênc Méd.** 11(3), 2012.

HORTULANUS, R.; MACHIELSE, M.; MEEUWESSEN, L. Social isolation in modern society. **Routledge**, 2006.

HOSSAIN, Mokter. Frugal innovation: conception, development, diffusion, and outcome. **Journal of Cleaner Production**, v. 262, p. 121-456, 2020.

NUNES, Vilani Medeiros de Araújo Nunes et al. **COVID-19 e o cuidado de idosos: recomendações para instituições de longa permanência**. Natal: EDUFRN, 2020.

OLIVEIRA, João Manoel Borges de et al. **Envelhecimento, saúde mental e suicídio**. Revisão Integrativa. *Rev. bras. geriatria. gerontologia*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. 488-498, Aug. 2018.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **A ONU e as pessoas idosas**. ONU, 2020. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/acao/pessoas-idosas/>. Acesso em: 15 de jul. 2020.

ORNELL, F. et al. “Pandemic fear” and COVID-19: mental health burden and strategies. *Braz. J. Psychiatry*, São Paulo, 2020.



SCHUCHMANN, A. Z. et al. Isolamento social vertical X Isolamento social horizontal: os dilemas sanitários e sociais no enfrentamento da pandemia de COVID-19. **Brazilian Journal of health Review**, v. 3, n. 2, p.3556-3576, 2020.

SILVA, Marcela. Envelhecimentos: Verdades, Mentiras, Sucessos e Medos. **Youtube**, 28 de maio de 2021. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=G6iFb9dpT40> Acesso em 01 mar. 2022

TAVARES, S. M. G. A Saúde Mental do idoso brasileiro e sua autonomia. **Envelhecimento & Saúde**, São Paulo, v. 47, n. 1, p. 87-89, abr. 2009. Disponível em: [http://periodicos.ses.sp.bvs.br/pdf/bis/n47/a22\\_bisn47.pdf](http://periodicos.ses.sp.bvs.br/pdf/bis/n47/a22_bisn47.pdf). Acesso em: 11 jun. 2020.

TEIXEIRA, L. M. F. **Solidão, depressão e qualidade de vida em idosos: um estudo avaliativo exploratório e implementação-piloto de um programa de intervenção**. Tese de Doutorado. Universidade de Lisboa, Lisboa, Portugal, 2010.

VAN HOOFF, E. **Lockdown is the world's biggest psychological experiment - and we will pay the price**,2020. Disponível <https://www.weforum.org/agenda/2020/04/this-is-the-psychological-side-of-the-covid-19-pandemic-that-were-ignoring/>. Acesso em: 09 fev. 2022.

WANG, C et al. **Immediate psychological responses, and associated factors during the initial stage o.f the**, 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (site). Health Topics. Coronavírus. **Coronavírus: sintomas**. World Health Organization, 2020. Disponível em: [https://www.who.int/health-topics/coronavirus#tab=tab\\_3](https://www.who.int/health-topics/coronavirus#tab=tab_3).

# A CULTURA DA AUTOMEDICAÇÃO E O IMPACTO NO ATENDIMENTO OPTOMÉTRICO

*Antônio Andrade Miranda<sup>1</sup>*

## INTRODUÇÃO

Em seu atendimento, o Optometrista realiza uma série de testes, não invasivos, para descobrir se o paciente possui algum problema visual que dificulte o ato de enxergar. O problema pode ser de ordem patológica ou não; sendo de ordem patológica, o profissional encaminha o paciente à área médica, já nos casos não patológicos, como miopia, hipermetropia, etc, este profissional prescreve uma receita para confecção de lentes corretivas (óculos ou lentes de contato) as quais irão compensar a dificuldade visual. Contudo, nesta avaliação, o Optometrista faz uma Anamnese, na qual se analisa, dentre muitas coisas, a semiologia do paciente, é neste ponto onde deve entrar o conhecimento da Farmacologia, pois, alguns fármacos podem causar sintomas que afetam os olhos, neste caso, o Optometrista deve conhecê-los, assim como os efeitos dos mesmos no organismo para que possa diferenciar os sintomas causados por estes fármacos daqueles causados pelos problemas visuais. Eis a importância deste artigo.

Conforme dados dos Conselhos de Farmácia (SHILDREY, 2021), há cerca de 221 mil farmacêuticos no Brasil, sendo que, mundialmente falando, o país congrega o maior número de cursos de graduação na área, chegando num total de 815. Em relação à Optometria, ciência não médica voltada aos cuidados primários da visão, a Confederação Brasileira de Optometria e de Óptica (CBOO), possui em seus registros cerca de 5 mil Optometristas graduados, conforme dados de 2020. O Optometrista

---

<sup>1</sup> Bacharel em optometria – Contatólogo – Terapeuta visual – Pós-graduado em Farmacologia. Atualmente, atende na Renovare Centro de Saúde, em Feira de Santana-Ba. E-mail: tonnyandrade1979@gmail.com.

exerce uma importância muito grande dentro deste cenário da saúde visual; sendo assim, é importante o exame de vista que siga os critérios necessários com intuito de detectar os problemas que afetam a visão, levando em consideração os possíveis sinais e sintomas.

É através da anamnese que o profissional Optometrista, conhece a semiologia do seu paciente. Quando os sintomas são apresentados, este profissional deve ter a percepção e a sensibilidade para analisar a causa dos mesmos, se são sintomas patológicos ou causados pelo uso de algum fármaco, isso exige um conhecimento, pelo menos básico, de Farmacologia. Neste caso, conhecer a causa desses sintomas proporcionará, ao profissional Optometrista, diferenciar se os mesmos estão sendo causados por um fármaco ou por um problema visual, por isso, perguntar ao paciente se este faz uso de alguma medicação sistêmica e, principalmente, de algum colírio, é muito importante nesta avaliação. Aqui, não está sendo colocado em pauta os sintomas causados por alguma doença que este paciente tenha, embora na anamnese, ocorra esse registro, a questão proposta é como o conhecimento em Farmacologia é importante na hora de realizar o exame de vista deste paciente.

## **METODOLOGIA**

“De ponta a ponta, no Brasil e na América Latina, pode-se já afirmar que a maior parte das investigações nas ciências humanas e sociais emprega-se, ao menos como uma dimensão importante, métodos qualitativos de diferentes tipos” (BAUER; GASKELL, 2002, p. 7). Essa afirmação adequa-se bem ao método dessa pesquisa qualitativa.

Pensando no aspecto desse trabalho, é importante ressaltar que os dados de 2019 da Interfarma, Associação da Indústria Farmacêutica de Pesquisa, mostraram que o Brasil é o sexto maior mercado do mundo em vendas de medicamentos. Faz-se necessário ressaltar também que, no país, há os Medicamentos Isentos de Prescrição médica, os MIP's, ou seja, aqueles comercializados, em farmácia e drogarias, sem a necessidade de receita médica ou de outro profissional formado na área de saúde, por isso, é muito comum o Optometrista receber, em seu consultório, pacientes que fazem uso desse tipo de medicação, sem falar de outras medicações

que necessitam da prescrição médica, neste caso, este paciente apresenta algum problema de saúde, como hipertensão, diabetes, hiperlipidemia, etc. De uma forma ou de outra, esses pacientes podem apresentar algum sintoma ocular devido ao uso do fármaco, por isso, o profissional precisa estar ciente desses efeitos medicamentosos.

## DESENVOLVIMENTO

No consultório optométrico, um paciente, saudável, pode chegar reportando um prurido (coceira) nos olhos supondo ele que seja algum problema visual ou ocular. Ao realizar o exame de vista, o Optometrista chega à conclusão de que o mesmo não necessita fazer uso de lentes corretivas, nem tão pouco apresenta sinais de alguma patologia ocular, no entanto, esse paciente faz uso de relaxante muscular o qual contem paracetamol e diclofenaco sódico que podem causar esse prurido e, até mesmo, dor de cabeça. Esse conhecimento corrobora o diagnóstico visual, no caso, este paciente não necessita de lentes corretivas, apenas não deve fazer uso constante do relaxante muscular, a não ser que tenha sido uma prescrição médica.

Considerando que o globo ocular é formado por estruturas que podem sofrer alterações fisiológicas e morfológicas, estas, também, causadas por fatores externos (YANOFF; DUKER, 2011), se faz necessário o conhecimento desses fatores externos que contribuem para tais alterações, como o uso de fármacos. Diante deste panorama, surge a necessidade dos profissionais optometristas, serem capazes de identificar e diferenciar os sintomas para que assim, seus pacientes possam receber um atendimento que contribua, de fato, para o seu bem-estar. Contudo, como fazer essa boa avaliação sem esse conhecimento farmacológico básico? Foi pensando no aspecto citado acima que surgiu a ideia de realizar essa pesquisa bibliográfica com intuito de ajudar, ainda mais, o profissional optometrista, a fazer uma análise melhor desses sintomas levando em consideração o uso de fármacos. Essa análise, não apenas fidelizará o paciente, mas, dará ao optometrista mais segurança no que tange à semiologia, assim como credibilidade ao encaminhar tal paciente aos cuidados médicos, se for o caso.

## RESULTADOS E DISCUSSÕES

Conforme a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais de 2020 (RENAME), no Brasil há mais de 900 itens. Aqui, serão mostradas algumas dessas medicações, mais usadas, e o fármaco que a compõe, segundo a ANVISA (2022), assim como seu uso e efeitos adversos no organismo para que o profissional da área de saúde, no caso, o Optometrista esteja atento à sintomatologia reportada pelo paciente que faz uso dele.

### Analgésicos

Os analgésicos são aquelas medicações usadas para alívio da dor. Dividem-se em opióides (narcóticos) e não opióides (não narcóticos). Os opióides são indicados para inibir as dores crônicas ou severas, como em casos de câncer ou logo após uma cirurgia; já os não opióides são usados no combate a dores médias, ou menos severas como dor de cabeça, dor de dente, etc. Esses últimos são comercializados sem prescrição médica o que torna seu uso mais comum. Abaixo, serão citados alguns exemplos dos dois tipos de analgésicos, bem como seus efeitos adversos no sistema visual.

#### – Não opióides

**Anador, Neosaldina, Buscopan composto, Dipidor, Lisador, Maxalgina, Novalgina:** a composição dessas medicações contém dipirona. O uso da dipirona pode provocar prurido (coceira), ardor e hiperemia (vermelhidão) nas mucosas dos olhos; essa semiologia pode ser confundida com conjuntivite, ou até mesmo problema de visão como a hipermetropia.

**Aspirina Prevent, Doril, Sonrisal:** o princípio ativo dessas medicações é o ácido acetilsalicílico (AAS). Seu uso pode causar deficiência de ferro levando à anemia e alterações visuais. Há uma interação do ferro com a vitamina A, esta indispensável aos olhos; devido à falta desses elementos, ocorre a palidez na retina; por sua vez, essa palidez causa baixa na visão afetando a fototransdução (transformação da luz em impulso nervoso que ocorre na retina), além de problemas relacionados ao contraste.

**Buscoduo, Cefalium, Tylenol, Torsilax, Tandrilax, Tylaflex:** essas medicações contêm, como princípio ativo, o paracetamol. O uso do paracetamol pode causar prurido nos olhos e erupções purulentas nas pálpebras.

**Buscofen, Ibuflex:** tendo como princípio ativo o ibuprofeno, essas medicações podem causar tontura, sensação de formigamento por restrição do fluxo sanguíneo (Parestesia), ansiedade, insônia, problemas digestivos, etc. Esses sintomas podem interferir na qualidade de visão. Se o paciente reporta tontura, afeta o equilíbrio visual; a restrição de fluxo afeta a nutrição da retina, assim como a ansiedade e problemas digestivos, não dormir bem, interfere no processo de fotodransdução, processo essencial para formação de imagem no cérebro, realizado pelos cones e bastonetes. A piscada e uma boa noite de sono são muito importantes neste processo que também depende de momentos de escuridão.

#### – Opióides

**Tylox, Paco:** são medicações compostas de paracetamol+codeína. Além de prurido nos olhos e erupções purulentas nas pálpebras, o princípio ativo dessa medicação pode causar distúrbio gastrointestinal como queimação e inchaço no estômago. Esse distúrbio pode levar a um prejuízo na absorção de nutrientes como a vitamina A e B12, por exemplo. A falta dessas vitaminas pode levar à uma palidez na retina.

**Dimorf, Dolo morf:** o princípio ativo dessas medicações é a morfina. O uso da morfina pode causar algumas sintomatologias nos olhos, como prurido e secura. Além disso, a queda palpebral e a baixa visual podem ocorrer devido à fraqueza muscular, depressão respiratória e circulatória, sendo que, esses dois últimos, causam baixa na concentração de oxigênio nos vasos da retina. O oxigênio é indispensável no processo da fototransdução, citada anteriormente; a insônia, provocada pelo uso desse fármaco, também prejudica esse processo. Em doses muito elevadas, a morfina pode causar alucinações e perda de memória.

**Mytedom, Metadon:** metadona é o princípio ativo dessas medicações. A metadona tem, praticamente, as mesmas propriedades e efeitos adversos da morfina.

**Tramal, Traum:** essas duas medicações têm como princípio ativo o tramadol. Seu uso pode causar tonturas, vertingens, falta de ar (devido à baixa da pressão arterial) e distúrbios gastrintestinais. Todos esses sintomas podem causar distúrbios da visão, como baixa da acuidade visual e prurido.

**Sublimaze, Alfentanil Fentora:** em sua composição, essas

medicações têm o fentanil ou fentanila como princípio ativo. O uso desse fármaco pode causar sintomas extrapiramidais, ou seja, afeta a área do cérebro responsável pela coordenação dos movimentos (sistema extrapiramidal). Isso implica nos movimentos dos músculos extraoculares, os seis músculos que movimentam o globo ocular.

**Observação:** Voltaren (diclofenaco), Maxilerg (diclofenaco), Acular LS (trometamol ceterolaco) e Nevanac (nepafenaco) são colírios indicados no tratamento da dor ocular, úlceras da córnea, ceratite, episclerites, sensação de corpo estranho, fotofobia, prurido e pós cirúrgico. Só podem ser prescritos por médicos.

## ANTI-INFLAMATÓRIOS

Calor, rubor, inchaço, dor e perda da função, são os sinais, chamados flogísticos, de uma inflamação. Os anti-inflamatórios são usados para amenizar esses sinais e sintomas decorrentes de uma agressão ao organismo. Esse tipo de medicação possui três efeitos básicos: antipirético (antifebril), analgésico e anti-inflamatório. Divide-se em não esteroides (AINES) e esteroides (AIES ou corticoides). Os esteroides são medicamentos à base de hormônios, esses, precisam de receita médica para adquiri-los. Vejamos alguns exemplos dos anti-inflamatórios mais usados, segundo a ANVISA (2022):

### AINES ou não esteroides

**Alivium, Advil, Ibupril:** tendo como princípio ativo o ibuprofeno, essas medicações podem causar os mesmos efeitos citados nos analgésicos Buscofen, Ibuflex.

**Scalid, Scafloglin, Scaflam, Cimelide, Nisulid, Neosulida:** a nimesulida é o princípio ativo dessas medicações. Seu uso pode causar prurido nos olhos e erupções cutâneas nas regiões adjacentes aos mesmos, ocasionando muita irritação.

**Cataflan, Voltaren, Resodic, Sodix:** na composição dessas medicações está o diclofenaco sódico. Seu uso pode causar os mesmos efeitos da nimesulida além de tontura e aumento do nível de transaminases, essa última ação pode causar um arco lipídico na periferia da córnea pelo acúmulo de moléculas de gordura levadas pelo humor aquoso em sua drenagem.

**Benflogin, Flogoral, Tantum Verde:** em sua composição, a benzydamina é o princípio ativo dessas medicações. Além de ardência e prurido nos olhos, a benzydamina pode causar vasodilatação na retina, sensibilidade à luz e hiperemia na conjuntiva.

### **AIES ou esteroides**

**Predisin, Prelone, Predsigma:** são medicações que têm como princípio ativo a prednisolona. O uso da prednisolona pode causar distúrbios hidroeletrólíticos, retenção de líquido, perda do apetite, irritação no estômago e espasmos musculares. Essa semiologia acarreta problemas visuais como palidez na retina, baixa da acuidade visual, olhos secos e movimentos involuntários nas pálpebras e globo ocular (nistagmos).

**Dexason, Dexametrat, Decadron, Dexanil:** essas medicações têm como princípio ativo a dexametasona. Os efeitos adversos da dexametasona incluem fraqueza e\ou atrofia muscular, mialgia (dor muscular), baixa da imunidade, aumento da glicose na corrente sanguínea, etc. Independentemente da idade, essa semiologia pode alterar a qualidade da visão devido ao possível surgimento da catarata, problemas nos músculos extraoculares e nos músculos ciliares prejudicando o processo da acomodação.

**Observação:** colírios como Ster e Predoptic têm como princípio ativo a prednisolona. O Maxitrol e o Maxidex são compostos com dexametasona. Todos eles são anti-inflamatórios indicados no tratamento das inflamações da conjuntiva bulbar, das pálpebras e da córnea. Os dois últimos, também são indicados em casos de uveítes, em pós cirurgias oculares reduzindo a irritação, vermelhidão e inflamação. Só podem ser prescritos por médicos.

### **ANTIBIÓTICOS**

Os antibióticos são medicações usadas para inibir o crescimento ou causar a morte de micro-organismos como bactérias e fungos. São muito usadas no pós operatório e no combate às infecções. Classificam-se segundo à sua ação, sendo bactericidas, capazes de matar as bactérias, e os bacteriostáticos, ou seja, aqueles capazes de inibir a reprodução e crescimento



bacteriano sem provocar sua morte. Vejamos alguns exemplos, segundo a ANVISA (2022):

### **Bactericidas**

**Amoxil, Velamox, Ocylin, Clavulin BD, Sigma Clav, Claxan:** o princípio ativo dessas medicações é a amoxicilina. Os efeitos adversos nos olhos são prurido, inchaço palpebral e hipercinesia (movimentos involuntários dos olhos).

**Cipro, Quinoflox, Foritus, Ciclatry:** em sua composição, contam com o ciprofloxacino. Seu uso pode causar alterações de colágeno causando descolamento de retina, além de tontura e insônia, prejudicando a fototransdução, conseqüentemente, levando à uma baixa da acuidade visual.

### **Bacteriostáticos**

**Zithromax, Astro, Azi, Azitromed:** têm como princípio ativo a azitromicina. Dentre os efeitos colaterais causados pela azitromicina estão a tontura, a sonolência e a perda de apetite. Esses sintomas podem interferir na qualidade e equilíbrio visual, além de causar uma leve queda palpebral devido à sonolência.

**Eritrex, Ilosone, Eriflogin:** o fármaco responsável pelo princípio ativo dessas medicações é a eritromicina. Flacidez na pele, baixa de impulsos nervosos para os músculos, e inflamação das mucosas são alguns exemplos de efeitos adversos que afetam a visão causando flacidez palpebral, fraqueza nos músculos oculares e prurido nos olhos.

**Observações:** Os colírios Tobrex, Tobracular, Tobracort, Zylet, Tobranom, Tobracin e Tobradex têm a tobramicina como princípio ativo, assim como as pomadas Tobrex e Tobracin. Esses compostos são indicados nos casos de infecções oculares causadas por bactérias. Só podem ser prescritos por médicos.

### **ANTIGRIPAIS**

Esses são os tipos de medicações indicadas para aliviar os sintomas das gripes e resfriados, por isso, sua fórmula é combinada com analgésicos,

antitérmicos, anti-histamínicos, vitamina C e descongestionantes nasais. Vejamos alguns exemplos.

**Benegrip, Gripnew:** esses têm como princípio ativo a dipirona+maleato de clorfeniramina. Os efeitos adversos, nos olhos, incluem os causados pela dipirona, como prurido, ardor e hiperemia nas mucosas dos olhos; pode-se incluir a incoordenação dos músculos extraoculares, fadiga visual, baixa da acuidade visual e diplopia ou visão dupla, causadas pelo maleato de clorfeniramina.

**Multigrip, Resfenol:** paracetamol+maleato de clorfenamina+maleato de fenilefrina compõem o princípio ativo dessas medicações. O uso dessas medicações podem causar os efeitos adversos do paracetamol como prurido nos olhos e erupções purulentas nas pálpebras, além de incoordenação dos músculos extraoculares, fadiga visual, baixa da acuidade visual e diplopia ou visão dupla causadas pela clorfenamina e os efeitos adversos causados pela fenilefrina como sensibilidade à luz, devido ao seu efeito midriático, e a hiperemia conjuntival, além de alterações na retina, por este fármaco ser um vasodilatador.

**Apracur:** contém dipirona+maleato de clorfeniramina+ácido ascórbico (vitamina C) como princípio ativo. Os efeitos colaterais incluem aqueles causados pelo uso de Benegrip e Gripnew, já citados.

**Coristina D:** em sua fórmula, o ácido acetilsalicílico+dexclorfeniramina+fenilefrina compõem seu princípio ativo. Os efeitos adversos incluem os causados pelo ácido acetilsalicílico, como deficiência de ferro levando à anemia e alterações visuais; incoordenação dos músculos extraoculares, fadiga visual, baixa da acuidade visual e diplopia ou visão dupla causados pela dexclorfeniramina, além de sensibilidade à luz, hiperemia conjuntival e alterações na retina, efeitos causados pela fenilefrina, fármaco midriático e vasodilatador.

## ANTIALÉRGICOS OU ANTI-HISTAMÍNICOS

São as medicações indicadas para controle das afecções alérgicas. São chamados anti-histamínicos por reduzir ou eliminar os efeitos da histamina, mediador químico produzido pelo organismo durante o processo alérgico. Abaixo, serão citados alguns exemplos desse tipo de medicação,

conforme a ANVISA (2022):

**Polaramine, Histamin:** o princípio ativo dessas medicações é a dexclorfeniramina. Para lembrar, os efeitos adversos desse fármaco são incoordenação dos músculos extraoculares, fadiga visual, baixa da acuidade visual e diplopia ou visão dupla.

**Claritin, Loratamed, Alergaliv:** como princípio ativo, contém a loratadina. O uso da loratadina pode causar sonolência, náuseas e retenção de líquido. Essa semiologia afeta a visão causando desequilíbrio, baixa da acuidade visual e olhos secos.

**Allegra D, Rafex, Allekofedrin:** o princípio ativo dessas medicações é a fexofenadina. Os efeitos adversos nos olhos causados pelo seu uso incluem prurido, inchaço palpebral e nas mucosas, além de hiperemia conjuntival.

**Observação:** Relestat (epinastina), Zaditen (cetotifeno), Lastacaft (alcaftadina), Florate (fluormetolona), Flutinol (fluormetolona), Cromolerg (cromoglicato dissódico) e Visacrom (cromoglicato dissódico) são colírios indicados para aliviar os sintomas da conjuntivite alérgica como hiperemia, prurido, irritação, epífora (lacrimejamento) e inchaço. Só podem ser prescritos por médicos.

## ANTI-HIPERTENSIVOS

As medicações usadas no tratamento da hipertensão recebem esse nome por inibirem a contratilidade do miocárdio ou reduzirem a pressão do ventrículo do coração. Para tanto, usa-se as classes disponíveis como diuréticos, vasodilatadores diretos, bloqueadores do canal de cálcio, inibidores da ECA e da renina, etc. Vejamos alguns exemplos de anti-hipertensivos, conforme ANVISA (2022):

**Capoten, Captotec:** têm como princípio ativo o captopril.

**Renitec, Vasopril, Renalapril, Enaprotec:** têm como princípio ativo o enalapril.

**Atenol, Furp-atenolol, Atenolab, Atenopress:** têm como princípio ativo o atenolol

**Cozaar, Aradois, Corus:** têm como princípio ativo a losartana.

**Clorana, Diurix:** têm como princípio ativo a hidroclorotiazida.

Os anti-hipertensivos podem causar efeitos adversos nos olhos tais como secura das mucosas e inchaço palpebral, devido à retenção de líquido, prurido e sensação de areia nos olhos, além de hiperemia na conjuntiva.

**Observação:** os colírios Glaucotrat (maleato de timolol), Timoptol (maleato de timolol), Travatan (travoprostá), Lumigan (bimatoprostá), Xalatan (latanoprostá) são indicados para diminuir a pressão intra-ocular (PIO) e no tratamento do glaucoma, pois, aumentam a drenagem do humor aquoso. Esses podem causar hiperemia, prurido, ardência, visão turva, dor de cabeça e ocular, além de pigmentação na íris e pálpebras. Só podem ser prescritos por médicos.

## ANTIDIABÉTICOS

Aos níveis elevados de glicose no sangue, devido a distúrbios metabólicos, dá-se o nome de diabetes. Há vários tipos de diabetes, sendo a mellitus tipo 2 (DM2) o mais comum; nesse tipo o pâncreas não produz insulina suficiente para processar o açúcar no sangue, por essa razão, veremos algumas medicações usadas no tratamento deste para controlar os níveis de glicose no organismo, conforme a ANVISA (2022):

**Glifage, Metglifor Xr, Metta SR:** são medicações que têm como princípio ativo a metformina.

**Daonil, Glibendiab, Glicamin, Glionil:** o princípio ativo dessas medicações é a glibenclamida.

**Januvia, Nimegon:** têm como princípio ativo a sitagliptina.

**Galvus, Jalra:** sua composição tem como princípio ativo a vildagliptina.

**Detemir, Glargina, Lantus NPH, Humulin, Lispro:** esses são hipoglicemiantes injetáveis que têm como princípio ativo a insulina.

Os efeitos adversos nos olhos, causados pelo uso de antidiabéticos, incluem prurido, alergia, cansaço muscular e inchaço nas pálpebras pelo acúmulo de líquido, dando a sensação de peso nos olhos.

## ANTICOLESTEROL

A hereditariedade ou uma alimentação rica em gorduras pode

causar o aumento de gorduras no sangue, ou seja, a hipercolesterolemia. Aqui, serão citadas algumas medicações usadas para reduzir esses níveis de gordura no sangue, ou melhor, o colesterol e os triglicérides, conforme a ANVISA (2022):

**Zocor, Sinvastacor:** têm como princípio ativo a sinvastatina.

**Citalor, Volunta:** têm como princípio ativo a atorvastatina.

**Crestor, Trezor:** têm como princípio ativo a rosuvastatina.

De forma geral, as estatinas podem causar astenia (fraqueza geral), mialgia (dores musculares), prurido, apistaxe (sangramento no nariz), secura das mucosas, hiperglicemia e fraqueza muscular. Essa semiologia afeta os olhos causando prurido, olhos secos, fraqueza dos músculos oculares, dores ao redor das órbitas, palidez na retina devido ao aumento da glicemia que também pode gerar uma desordem nas fibras do cristalino levando à uma catarata.

## ANTIDEPRESSIVOS

A depressão pode ser causada por distúrbios hormonais ou emocionais. Além da indicação para o tratamento da depressão, os antidepressivos também são indicados para tratar outros transtornos psicológicos, sendo que, em todo caso, essas medicações apresentam diversos mecanismos de ação no sistema nervoso central (SNC). Vejamos alguns exemplos desse tipo de medicação, segundo a ANVISA (2022):

**Tryptanol, Neo Amitriptilin, Amytril:** têm como princípio ativo a amitriptilina.

**Procimax, Citta:** têm como princípio ativo o citalopram.

**Prozac, Dafortin, Fluxene:** têm como princípio ativo a fluoxetina.

**Lexapro, Exodus:** têm como princípio ativo o escitalopram.

**Zoloft, Assert, Serenata, Tolrest:** têm como princípio ativo a sertralina.

Os efeitos adversos causados pelo uso de antidepressivos podem ser vistos de forma geral. Insônia, ansiedade, diminuição do apetite e fraqueza. Por sua vez, esses efeitos afetam a qualidade visual, pois, podem gerar palidez na retina, fraqueza dos músculos oculares, baixa da acuidade visual e da visão em contraste.

## ANSIOLÍTICOS

Ansiedade e tensão parecem ser o mal do presente século; os ansiolíticos são indicados no tratamento desse mal. Essas medicações também são conhecidas como calmantes ou tranquilizantes que agem diretamente no sistema nervoso central (SNC). São encontrados em sua forma fitoterápica, os calmantes naturais, e controlada, aqueles formulados em laboratório. Ambas as formas são comercializados nas farmácias e drogarias. Vejamos alguns exemplos, de acordo com a ANVISA (2022):

### Fitoterápicos

**Calman, Maracugina, Sintocalmy:** em sua composição, tem como princípio ativo principal a *passiflora incarnata* L.

Controlados

**Rivotril, Uni Clonazepam:** têm como princípio ativo o clonazepam.

**Valium, Uni Diazepam:** o princípio ativo dessas medicações é o diazepam.

**Lorax, Ansirax:** têm como princípio ativo o lorazepam.

**Frontal, Apraz:** têm como princípio ativo o alprazolam.

**Lexotan, Somalium, Uni Bromazepam:** têm como princípio ativo o bromazepam.

De forma geral, os efeitos adversos dos ansiolíticos, controlados, são diversos e estão ligados a um efeito inibitório sobre o SNC. Em relação à visão, os ansiolíticos podem causar fraqueza do tônus muscular dos olhos levando à falta de coordenação, baixa da acuidade visual, reflexos pupilares reduzidos, prurido e astenopia ou cansaço visual.

**Observações:** os colírios Lacrifilm (carmelose sódica), Neo fresh (carmelose sódica), Lacrima Plus (dextrano+hipromelose), Lacribell (dextrano+hipromelose), Fresh Tears (carmelose sódica) possuem ação umectante e lubrificante, por isso, são considerados lágrima artificial contendo conservantes. Estes, fazem parte dos MIPs, ou seja, isentos de prescrição médica.

Na continuação, há lubrificantes que não possuem conservantes. Os mais conhecidos são Hyabak (hialuronato de sódio), Adapt Fresh

(hialuronato de sódio) Visalágrima (hialuronato de sódio), Hylo Comod (hialuronato de sódio) e Artelac Rebalance (hipromelose). Também entram na classe dos MIPs.

O Moura Brasil é um lubrificante muito conhecido contendo, como princípio ativo, o cloridrato de nafazolina+sulfato de zinco, além do conservante cloreto de benzalcônio. Seu similar é o Geolab com o mesmo princípio ativo. Estes lubrificantes têm uma ação descongestionante ocular, ou seja, agem como vasoconstritor ocular. É importante salientar que, devido à sua ação vasoconstritora, esse lubrificante não deve ser usado por quem faz uso de antidepressivos, pessoas com hipertensão arterial, hipertireoidismo, arteroesclerose e bronquite asmática, pois, a vasoconstrição causa aumento da pressão sanguínea nos vasos (pressão arterial) aumentando a ação do complexo hipotálamo-hipófise, causando assim, o hipertireoidismo devido a ligação existente chamada Eixo hipotálamo-hipófise tireoide. Mesmo assim, este colírio também entra na classe dos MIPs.

Dentre os conservantes conhecidos estão cloreto de benzalcônio (BAK), cloreto de benzetônio, clorobutanol, parabenos, poliquaternium, EDTA, tiomersal, amidinas, parabenos, clorite, purite e o perborato de sódio, este último desaparece quando aplicado na superfície ocular sem causar efeitos colaterais.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Segundo dados do Instituto de Ciências Tecnologia e Qualidade, citados pela Secretaria de Estado da Saúde de Sergipe (SERGIPE, 2017), mais de 70% da população brasileira adquire medicações sem prescrição médica. No mesmo ano, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) afirmou que a situação se agrava mais ainda, visto que, o hábito da automedicação continua, mesmo quando a pessoa passa por um atendimento médico. Outro problema, maior ainda, é o erro da excessiva repetição de administrações, sem ao menos observar o tempo percorrido desde a administração do fármaco, em um determinado local, até a manifestação de seu efeito terapêutico, o chamado período de latência (BOING; ZONTA; MANZINI, 2016). Diante deste cenário, percebemos a importância de todo profissional, da área de saúde, ficar atento à esta realidade

que reflete, e muito, no bem-estar do seu paciente, e, conseqüentemente, da população.

Com o conhecimento das áreas farmacológicas, o Optometrista poderá oferecer um atendimento de qualidade, visto que o “homem” é um ser holístico, ou seja, todos os sistemas estão interligados favorecendo o equilíbrio, manutenção e funcionalidade de todo o corpo. Independentemente do fato de que este profissional não pode prescrever medicação, há uma necessidade desse conhecimento básico, no que se refere aos fármacos mais usados e seus efeitos adversos, para que não haja dúvidas no diagnóstico, pois, de acordo com Lin, JH; Lu, AYH (1997, apud PEREIRA, 2007, p. 3) “O conhecimento da cinética da formação dos metabólitos ativos é importante não apenas para a previsão do resultado terapêutico, mas também para explicar a toxicidade de um dado fármaco”. Quando falta esse conhecimento, o profissional pode se confundir com a semiologia causada pelos efeitos de uma medicação e a própria semiologia causada por problemas ligados diretamente à visão.

## REFERÊNCIAS

ANVISA. **Consultas** – ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Bulário. Disponível em: <https://consultas.anvisa.gov.br/#/bulario/>. Acesso em: 15 mar. 2022.

BAUER, Martin W.; GASKELL, George. **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som**. 7 ed. Rio de Janeiro: Editora Vozes Ltda, 2002.

BOING, Alexandra Crispim; ZONTA, Ronaldo; MANZINI, Fernanda (org.). **Promoção do uso racional de medicamentos na atenção básica**. Florianópolis: UFSC, 2016. 81 p. (Série Formação para a Atenção Básica).

HERMANN, Shildrey G. **Farmácia para Iniciantes**. [S.L.]: São Paulo, 2018.

PEREIRA, Dárcio Gomes. Importância do metabolismo no planejamento de fármacos. **Química Nova**, Campinas, v. 30, n. 1, p. 171-177, 2007. Disponível em <https://www.scielo.br/j/qn/a/jtQ9p49zfMLf-DRHYkYRMn4f/?lang=pt>. Acesso em: 14 mar. 2022.

SERGIPE, Governo do Estado. Secretaria de Estado da Saúde de Sergipe. **Mais de 70% da população brasileira usa remédio sem pre-**



**scrição médica.** 2017. Disponível em: <https://www.saude.se.gov.br/mais-de-70-da-populacao-brasileira-usa-remedio-sem-prescricao-medica/#:~:text=Segundo%20dados%20divulgados%20pelo%20Instituto,%C3%A9%20considerada%20perigosa%20pelos%20m%C3%A9dicos>. Acesso em: 18 mar. 2022.

YANOFF, Myron; DUKER, Jay. S. **OFTALMOLOGIA**. 3 ed. Rio de Janeiro: Editora Elsevier, 2011.

## POSFÁCIO

A gestão de saúde é uma área de amplo espectro na área de saúde. A atuação do gestor em saúde envolve políticas de saúde, atenção à saúde, gerência de operações e recursos em saúde, gestão da qualidade, vigilância epidemiológica e em saúde, além de conceitos envolvendo a saúde, a doença e a assistência em saúde, dentre outras áreas de atuação. O gestor em saúde também atua utilizando estratégias que adotem políticas de prevenção para os profissionais de saúde, buscando manter uma saúde física e psicológica.

No cenário de crise sanitária mundial, ocasionada pelo coronavírus, causador da COVID-19, que vivemos atualmente, na ocasião da publicação deste livro, percebe-se bem a importância, e o quanto esta área precisa ser cada vez mais valorizada e necessária de investimentos cada vez maiores pelos governos.

Os textos publicados neste livro podem ser utilizados por gestores em saúde, de modo que sirvam para melhorar o setor no Brasil e, quiçá no mundo.

Agradecemos a cada leitor pelo seu tempo, disponibilidade e interesse, e convidamos a ajudarem na difusão e compartilhamento desta obra.

**Manuel Alves de Sousa Junior**

*Biólogo, Historiador, Tecnólogo em Segurança do Trabalho,  
Doutorando em Educação pela Universidade de Santa Cruz,  
Especialista em Análises Clínicas,  
Professor do IFBA campus Lauro de Freitas. Bolsista PROSUC/CAPES.*

## SOBRE O ORGANIZADOR



### **Manuel Alves de Sousa Junior**

Doutorando em educação na UNISC e Mestre em Bioenergia pela UniFTC Salvador (2011), Possui graduação em Licenciatura em Ciências Biológicas pela Universidade Católica do Salvador (2002), graduação tecnológica em Segurança do Trabalho pela UNIASSELVI (2016), Graduação em Licenciatura em História pela UNIJORGE (2020), MBA em História da Arte pela Estácio (2020) e Especialização em Análises Clínicas pela UCSal (2004). Atualmente é servidor público efetivo como professor do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia da Bahia (IFBA) campus Lauro de Freitas/BA. Possui experiência na docência do ensino superior no IFBA, e em diversas Instituições de Ensino Superior privadas, tendo atuado também na docência em diversos cursos técnicos e outras modalidades, sobretudo no IFBA, além de cursos de Formação Inicial e Continuada e cursos de extensão. No IFBA tem plena atuação em ensino, pesquisa, extensão e gestão. Na área técnica, tem experiência em todos os setores da área de Análises Clínicas/Patologia Clínica, além de membro da CIPA. Possui capítulos de livros, artigos publicados em periódicos e também diversas publicações em eventos. Membro do Grupo de Pesquisa CNPq/UNISC Identidade e Diferença na Educação e do Observatório de Educação e Biopolítica - OEBIO. Membro do NEABI - IFCE campus Umirim. Áreas de domínio e interesse: Biologia Geral e Humana, Biossegurança, Saúde Ocupacional, Bioenergia, Meio Ambiente, História Geral e do Brasil, História da Arte, Relações étnico-raciais, Diversidade, Biopolítica, Necropolítica, Estudos foucaultianos e Educação. E-mail - [manueljunior@ifba.edu.br](mailto:manueljunior@ifba.edu.br).

