

ISSN 1982-8829, 2025. VOL. 19, N.02 PUBLICADO EM 2026

TEMPUS

ACTAS DE SAÚDE COLETIVA

VOL 19
Nº 02

EDITORES
JOSÉ DA PAZ OLIVEIRA ALVARENGA
MARIA APARECIDA BEZERRA
STELLA COSTA VALDEVINO



FOTO: RADILSON CARLOS GOMES

**AGENTES
COMUNITÁRIOS DE
SAÚDE NO BRASIL:
RETRATOS E
CONTRASTES EM 20
ANOS DA PNAB**

**ESTRATÉGIAS DE
ENFRENTAMENTO
DE ADOECIMENTOS
ADOTADAS POR
ENFERMEIROS DA
ATENÇÃO PRIMÁRIA
À SAÚDE NO
COTIDIANO DO
TRABALHO**

**"É SÓ TUDO ISSO":
OS SENTIDOS
ATRIBUÍDOS AO
SOFRIMENTO POR
PROFISSIONAIS E
USUÁRIOS NA
ESTRATÉGIA SAÚDE
DA FAMÍLIA**

**O PRINCÍPIO DA
UNIVERSALIDADE
NO CONTEXTO
IMIGRATÓRIO**

© 2026 Editora ECoS

Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial.

REVISTA TEMPUS ACTAS DE SAÚDE COLETIVA

Coordenação Editorial

Ana Valéria M. Mendonça
Elmira L. M. S. Simeão

Coordenação Institucional

Editora ECoS, vinculada ao Laboratório
ECoS (Laboratório de Educação,
Informação e Comunicação em Saúde) da
Faculdade de Ciências da Saúde da
Universidade de Brasília (FS/UnB)

Equipe Técnica de TI

João Paulo Fernandes da Silva

Foto da Capa

Radilson Carlos Gomes

Arte da Capa

Isabele Alves Barbosa
Maria Clara de Azevedo Lisboa
Tainá de Aguiar Botelho

Revisão

Elmira L. M. S. Simeão
Mônica Peres

Organização Editorial

José da Paz Oliveira Alvarenga
Maria Aparecida Bezerra
Stella Costa Valdevino

Normalização e Montagem Diagramação e Publicação

Camila Gabrielle Lima da Fonseca
Carlos Eduardo de Souza Rodrigues
Emanuel Parreira Negrão Fonseca
Isabele Alves Barbosa
Maria Clara de Azevedo Lisboa
Sara Rocha dos Santos
Tainá de Aguiar Botelho

Editores Consultivos

Elmira L. M. S. Simeão
Mônica Regina Peres
Laís R. O. Normando

Tempus Actas em Saúde Coletiva:

E-mail: revistatempusactas@gmail.com

<https://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/about>

Ficha Catalográfica - Mônica R. Peres - CBR 1339

Tempus. Actas de Saúde Coletiva / Coordenadores Ana Valéria M. Mendonça; Elmira L. M.S. Simeão - v. 19, n.02. - Brasília : Editora Ecos, 2025. / Organizadores: José da Paz Oliveira Alvarenga; Maria Aparecida Bezerra; Stella Costa Valdevino.

Trimestral

Obra publicada em 2026 para atualização da coleção ISSN 1982-8829

1. Atenção Primária à Saúde 2. Saúde da Família 3. Gestão em Saúde 4. Periódicos. I. Brasil. Núcleo de Estudos em Saúde Pública. ECoS

CDU 614(051)(817.4)



CONSELHO EDITORIAL

Ana Valéria Machado Mendonça,

Universidade de Brasília, Brasil

Elmira Luzia Melo Soares Simeão, *Universidade de Brasília, Brasil*

Editores Assistentes

José da Paz Oliveira Alvarenga, *Universidade Federal da Paraíba, Brasil*

Mônica Regina Peres, *Universidade de Brasília, Brasil*

Antonio Sergio de Freitas Ferreira, *Universidade de Brasília, Brasil*

Conselho Consultivo

Maria Cecília Minayo, *Fundação Oswaldo Cruz/Rio de Janeiro, Brasil*

Maria Fátima de Sousa, *Universidade de Brasília, Brasil*

Margareth S. Zanchetta, *Toronto Metropolitan University*

Comissão Científica - Editores Associados

Andreia Maria Araújo Drummond, *Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil*

Ângela de Oliveira Carneiro, *Universidade Federal do Vale do São Francisco*

Glenda Roberta Oliveira Naiff Ferreira, *Universidade Federal do Pará*

Jeferson Santos Araújo, *Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil*

José da Paz Oliveira Alvarenga, *Universidade Federal da Paraíba, Brasil*

Josivania Silva Farias, *Universidade de Brasília, Brasil*

Katarinne Lima Moraes, *Universidade de Brasília, Brasil*

Lise Renaud, *Université du Québec à Montréal, Canadá*

Maria Célia Delduque, *Fundação Oswaldo Cruz/Brasília, Brasil*

Maria da Glória Lima, *Universidade de Brasília, Brasil*

Mariella Silva de Oliveira-Costa, *Fundação Oswaldo Cruz/Brasília, Brasil*

Miguel Ângelo Montagner, *Universidade de Brasília, Brasil*

Natália Fernandes de Andrade, *Universidade de Brasília, Brasil*

Soraya Resende Fleischer, *Universidade de Brasília, Brasil*

Wânia Ribeiro Fernandes, *Universidade Federal do Amazonas, Brasil*

Ximena Pamela Díaz Bermúdez, *Universidade de Brasília, Brasil*

SUMÁRIO

EDITORIAL

Artigos Originais

1 Agentes Comunitários de Saúde no Brasil: retratos e contrastes em 20 Anos da PNAB - Página 8 a 20

Luana Dias da Costa. Natália Fernandes de Andrade. José da Paz Oliveira Alvarenga. João Paulo Fernandes da Silva. Maria Fátima de Sousa. Ana Valéria Machado Mendonça.

2 Estratégias de enfrentamento de adoecimentos adotadas por enfermeiros da Atenção Primária à Saúde no Cotidiano do Trabalho - Página 21 a 38

Maria do Socorro Sousa da Silva. Ardigleusa Alves Coêlho. Fábيا Barbosa de Andrade. Nilza Maria Cunha. Gabriella Barreto Soares. Esther Alves Fernandes. Ana Suerda Leonor Gomes Real.

3 Acesso de primeiro contato na Atenção Primária à Saúde: perspectiva dos usuários - Página 39 a 52

Samara Baldessar Ghizoni. Leticia de Lima Trindade. Naiana dos Santos Oliveira. Clarissa Bohrer da Silva.

4 Qualidade dos Serviços de Saúde Bucal sob a perspectiva dos usuários da Atenção Primária e Secundária - Página 53 a 69

Diego Ramos Aguiar. Anya Pimentel Gomes Fernandes Vieira-Meyer. Paola Gondim Calvasina. Diógenes Farias Gomes. Roberto Wagner Júnior Freire de Freitas. Sharmênia de Araújo Soares Nuto.

5 O Princípio da Universalidade no Contexto Imigratório - Página 70 a 89

Viviane Aparecida de Souza Antunes. Caroline Terrazas.

6 A percepção dos preceptores e graduandos em odontologia sobre o estágio extramuros nas USF, do município de Piracicaba - Página 90 a 102

Guilherme Gomes Nunes. Stéfany de Lima Gomes. Beatriz Isabel Nogueira Lemos. Marcelo de Castro Meneghim.

7 Relação entre dificuldade para higienização da cavidade bucal e autocuidado em pacientes pós-covid -Página 103 a 122

Ethyenne Alessandra Berechavinski Scendrzyk. Gabriela Fernanda Schiochet. Eduarda da Silva Fugita. Celso Bilynkiewicz dos Santos. Gabrielly Hneda Fadel. Leticia Brito da Silva. Sthefany Barreto Pereira. Cristina Berger Fadel.

8 O cenário da atenção à saúde do adolescente em Ceilândia, Distrito Federal, Brasil – Página 123 a 133

Nágila Freitas.

9 Avaliação da qualidade da Atenção Primária à Saúde para a Rede Cegonha - Página 134 a 150

Flávia Pinheiro da Costa. Izabelle Mont'Alverne Napoleão Albuquerque. Maria

Adelane Monteiro da Silva. Marcos Aguiar Ribeiro. Ana Karoline Soares Arruda.
Mariana Bomfim de Araújo.

10 Caracterização de serviços de Atenção Especializada de Minas Gerais: aspectos sobre gestão, organização e práticas – Página 151 a 169

Thais Lacerda e Silva. Amanda Nathale Soares. Lenira de Araújo Maia. Fernanda Jorge Maciel. Júlia Maria de Souza Farias. Rodrigo Martins da Costa Machado.

11 “É só tudo isso”: os sentidos atribuídos ao sofrimento por profissionais e usuários na Estratégia Saúde da Família – Página 170 a 193

Gabriela dos Santos Melo Bomfim. Daniela Cristina Belchior Mota.

12 Análise da representação e de pautas da saúde bucal no Conselho Municipal de Saúde do Recife – Página 194 a 213

Gleudson Aguiar da Silva. Ivo Aurélio Lima Júnior. Márcia Maria Dantas Cabral de Melo.

Editorial

A Atenção Primária à Saúde como eixo estruturante do cuidado, da gestão e da produção do conhecimento em saúde coletiva.

**José da Paz Oliveira Alvarenga
Maria Aparecida Bezerra
Stella Costa Valdevino**

A presente edição da revista reafirma a centralidade da Atenção Primária à Saúde (APS) como fundamento organizador dos sistemas de saúde orientados pelos princípios da universalidade, integralidade e equidade. Em um contexto marcado por profundas transformações demográficas, epidemiológicas, sociais e políticas, a APS permanece como espaço privilegiado para a produção do cuidado, a promoção da saúde, a prevenção de agravos e a coordenação das redes de atenção, consolidando-se como estratégia indispensável para o fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS).

Os doze artigos que compõem este fascículo, embora abordem diferentes objetos de investigação, convergem para a compreensão da APS como cenário estratégico para a construção de respostas às necessidades de saúde da população. Os estudos aqui reunidos exploram múltiplas dimensões do trabalho, da gestão, da formação profissional, da participação social, da qualidade dos serviços e das experiências dos usuários, evidenciando a complexidade e a potência desse nível de atenção.

Entre os temas abordados, destacam-se as reflexões sobre a força de trabalho em saúde, particularmente o papel dos Agentes Comunitários de Saúde, protagonistas históricos da Atenção Básica brasileira. A análise de seu perfil sociodemográfico, processos formativos e condições de trabalho, realizada a partir de um amplo inquérito nacional, contribui para o debate sobre os avanços e desafios observados ao longo de duas décadas da Política Nacional de Atenção Básica.

Na mesma direção, a investigação sobre as estratégias utilizadas por enfermeiros para enfrentar os desgastes decorrentes do cotidiano laboral lança luz sobre a necessidade de valorização dos trabalhadores e de construção de ambientes de trabalho mais saudáveis e sustentáveis.

A qualidade da atenção ofertada à população constitui outro eixo relevante deste fascículo. Os estudos que avaliam o acesso de primeiro contato na APS, a satisfação dos usuários com os serviços de saúde bucal e a qualidade da APS no contexto da Rede Cegonha reforçam a importância da avaliação contínua dos serviços, orientada pela perspectiva dos usuários e pelos atributos essenciais da atenção primária. Tais análises fornecem subsídios para o aperfeiçoamento das práticas assistenciais e para o fortalecimento da capacidade resolutiva da rede de serviços.

A diversidade das populações atendidas pelo SUS também encontra espaço nesta edição. O debate sobre a inserção de imigrantes no sistema de saúde brasileiro amplia a compreensão do princípio da universalidade, destacando a necessidade de reconhecimento das diferenças culturais e da promoção de práticas inclusivas que garantam não apenas o acesso, mas também o acolhimento e o respeito à diversidade. De modo semelhante, o estudo sobre a atenção à saúde dos adolescentes em Ceilândia,

uma das regiões administrativas do Distrito Federal, evidencia a importância de estratégias específicas para grupos populacionais com demandas singulares.

A formação em saúde e a integração ensino-serviço são contempladas por meio da análise das experiências de estágio extramuros na Odontologia, ressaltando a relevância dos cenários da APS para o desenvolvimento de competências profissionais comprometidas com as necessidades sociais de saúde. Complementarmente, a investigação sobre autocuidado e saúde bucal em pacientes pós-Covid-19 grave evidencia como os efeitos da pandemia continuam produzindo desafios para o cuidado e para a organização dos serviços.

O fascículo também amplia o olhar para aspectos da gestão e da organização das redes assistenciais, ao caracterizar os Centros Estaduais de Atenção Especializada em Minas Gerais e suas relações com os processos de trabalho e a coordenação do cuidado. Ao mesmo tempo, a análise das narrativas de usuários e profissionais acerca do sofrimento na Estratégia Saúde da Família convida à reflexão sobre as dimensões subjetivas do cuidado, reafirmando a importância da escuta qualificada, do vínculo e da compreensão das experiências humanas nos processos terapêuticos.

Por fim, a discussão sobre a representação da saúde bucal no Conselho Municipal de Saúde do Recife, na região nordeste do Brasil, resgata o papel do controle social na construção das políticas públicas e na consolidação dos avanços alcançados pela Política Nacional de Saúde Bucal, reafirmando a participação democrática como elemento essencial para o fortalecimento do SUS.

Ao reunir estudos que dialogam com diferentes dimensões da Atenção Primária à Saúde, esta edição evidencia a vitalidade da pesquisa em saúde coletiva e sua contribuição para a produção de conhecimentos comprometidos com a melhoria das condições de vida e saúde da população.

Esperamos que os resultados aqui apresentados estimulem novas reflexões, fortaleçam práticas inovadoras e contribuam para a consolidação de uma APS cada vez mais resolutiva, inclusiva, humanizada e orientada pelas necessidades dos territórios e das pessoas.

Desejamos aos leitores uma proveitosa leitura e um fecundo diálogo com as reflexões que este fascículo oferece ao campo da Saúde Coletiva.

Agentes Comunitários de Saúde no Brasil: retratos e contrastes em 20 Anos da PNAB

*Community Health Workers in Brazil: portraits and contrasts in 20 years of the
National Primary Health Care Policy*

*Agentes Comunitarios de Salud en Brasil: retratos y contrastes en 20 años de la
Política Nacional de Atención Básica*

Luana Dias da Costa¹
Natália Fernandes de Andrade²
José da Paz Oliveira Alvarenga³
João Paulo Fernandes da Silva⁴
Maria Fátima de Sousa⁵
Ana Valéria Machado Mendonça⁶

¹Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Brasília (UnB), Brasília-DF, Brasil

²Professora da Faculdade de Ciência e Tecnologia em Saúde (FCTS) da Universidade de Brasília (UnB), Brasília-DF, Brasil

³Professor da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), João Pessoa-PB, Brasil

⁴Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade de Brasília (UnB), Brasília-DF, Brasil

⁵Professora Titular do Departamento de Saúde Coletiva da Universidade de Brasília (UnB), Brasília-DF, Brasil

⁶Professora Titular do Departamento de Saúde Coletiva da Universidade de Brasília (UnB), Brasília-DF, Brasil

RESUMO

Este artigo analisa o perfil sociodemográfico, os processos formativos e as condições de trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) no Brasil, com base em dados de um inquérito nacional com 7.435 participantes, à luz dos 20 anos da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). Os resultados revelam a predominância de mulheres, majoritariamente negras, com ensino médio completo, residentes nos territórios onde atuam. Evidenciam-se contrastes regionais e limitações estruturais, como a baixa oferta de cursos técnicos e a escassez de programas de educação permanente. Os achados indicam ainda desafios contemporâneos, como o enfrentamento da desinformação em saúde. Conclui-se que a valorização dos ACS, a ampliação de sua formação e a garantia de condições de trabalho dignas são fundamentais para o fortalecimento da Atenção Primária à Saúde no SUS.

Palavras-chave: Agentes Comunitários de Saúde; Atenção Primária à Saúde; Política de Saúde; Educação em saúde.

ABSTRACT

This article analyzes the sociodemographic profile, training processes, and working conditions of Community Health Workers (CHW) in Brazil, based on data from a national survey with 7,435 participants, in light of the 20 years of the National Primary Health Care Policy (PNAB). The results reveal the predominance of women, mostly Black, with high school education, residing in the territories where they work. Regional disparities and structural limitations were identified, including the limited offer of technical training and the lack of permanent education initiatives. The findings also highlight contemporary challenges such as tackling health misinformation. It is concluded that valuing CHWs, expanding their training, and ensuring decent working conditions are essential for strengthening Primary Health Care within the Brazilian Unified Health System (SUS).

Keywords: Community Health Workers; Primary Health Care; Health Policy; Working Conditions; Health Education.

RESUMEN

Este artículo analiza el perfil sociodemográfico, los procesos formativos y las condiciones laborales de los Agentes Comunitarios de Salud (ACS) en Brasil, a partir de datos de una encuesta nacional con 7.435 participantes, a la luz de los 20 años de la Política Nacional de Atención Básica (PNAB). Los resultados revelan la predominancia de mujeres, en su mayoría negras, con enseñanza secundaria completa y residentes en los territorios donde actúan. Se evidencian contrastes regionales y limitaciones estructurales, como la baja oferta de cursos técnicos y la escasez de programas de educación permanente. Los hallazgos también señalan desafíos contemporáneos, como el enfrentamiento de la desinformación en salud. Se concluye que la valorización de los ACS, la ampliación de su formación y la garantía de condiciones laborales dignas son fundamentales para el fortalecimiento de la Atención Primaria en el Sistema Único de Salud (SUS) de Brasil.

Palabras clave: Agentes Comunitarios de Salud; Atención Primaria de Salud; Política de Salud; Educación en Salud.

1 INTRODUÇÃO

Os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) têm sido figuras centrais na conformação da Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil, especialmente no âmbito da Estratégia Saúde da Família (ESF). Desde sua consolidação como política pública, a APS passou a ocupar posição estratégica na organização das redes de atenção à saúde, sendo reconhecida como eixo estruturante do Sistema Único de Saúde (SUS). A criação da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), em 2006, seguida de suas revisões em 2011 e 2017, conferiu diretrizes normativas para a composição das equipes multiprofissionais e formalizou o papel do ACS como elo entre os serviços de saúde e as comunidades¹.

O Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), instituído oficialmente em 1997, no contexto da descentralização do SUS, foi um dos marcos iniciais dessa política, inspirado em ações voltadas à prevenção e à promoção da saúde por meio da aproximação dos serviços com a população. Ao longo do tempo, a expansão e o fortalecimento do Programa Saúde da Família (PSF), posteriormente rebatizado como ESF, consolidaram os ACS como atores estratégicos para o cuidado em saúde no território, com atuação baseada em visitas domiciliares, identificação de situações de vulnerabilidade, articulação comunitária e educação em saúde.

A legislação atual (Lei nº 13.595/2018) estabelece como atribuições do ACS o acompanhamento de até 750 pessoas, considerando as especificidades de cada território, com ações voltadas para a vigilância, promoção da saúde e prevenção de agravos². Entre suas funções destacam-se o monitoramento de crianças e gestantes, estímulo à vacinação, incentivo ao aleitamento materno, identificação precoce de doenças e encaminhamento para acompanhamento em unidades de saúde. Além disso, os ACS realizam atividades educativas sobre planejamento familiar, saúde mental, controle de endemias, doenças crônicas e nutrição, além de atuarem em visitas domiciliares regulares para fortalecer o vínculo com a comunidade.

A atuação desses profissionais, no entanto, não se restringe à execução de tarefas técnicas. Por residirem majoritariamente no território onde atuam, os ACS desenvolvem um trabalho mediado pela confiança, pelo conhecimento da realidade local e pela escuta qualificada. Essa proximidade com os usuários favorece a construção de vínculos, mas também impõe desafios, como a sobreposição entre vida pessoal e profissional, a cobrança informal da comunidade fora do expediente, e o desgaste emocional diante da sobrecarga de demandas sociais e sanitárias.

A literatura tem evidenciado que, ao longo dos 20 anos da PNAB, os ACS enfrentaram transformações significativas em sua rotina de trabalho, nas exigências de formação e nas condições laborais. As reformulações da política, sobretudo a partir da PNAB de 2017, geraram debates sobre o redimensionamento do papel desses profissionais, a ampliação e flexibilização de suas atribuições, e as implicações dessas mudanças para a consolidação da APS como estratégia de cuidado integral e de base territorial¹⁻³. As reformulações da política, sobretudo a partir da PNAB de 2017, geraram debates sobre o redimensionamento do papel desses profissionais, a ampliação e flexibilização de suas atribuições, e as implicações dessas mudanças para a consolidação da APS como estratégia de cuidado integral e de base territorial²⁻⁴.

Além disso, os ACS têm sido apontados como facilitadores do cuidado e da comunicação em saúde, executando ações de educação popular e mediação cultural entre os serviços e os sujeitos dos territórios. Contudo, questões como precarização dos vínculos, ausência de formação continuada, invisibilidade institucional e uso incipiente de tecnologias ainda limitam a potência de sua atuação.

Diante disso, torna-se fundamental compreender como os próprios agentes percebem sua formação, condições de trabalho e papel na APS ao longo dessas duas décadas de PNAB. A análise do perfil sociodemográfico, os processos formativos e as condições de trabalho dos agentes comunitários de saúde no Brasil à luz dos 20 anos PNAB, destacando os avanços, desafios e implicações para o fortalecimento da Atenção Primária à Saúde e o reconhecimento dos ACS como sujeitos ativos na construção do SUS.

2 METODOLOGIA

A linha metodológica deste artigo está associada ao projeto, “Um estudo multicêntrico sobre as práticas dos ACS e dos ACE no Brasil”. Trata-se de uma pesquisa multicêntrica que teve início em 2021 e que seguiu com metas progressivas até 2023. A pesquisa possui uma abordagem quantitativa, que se propõe investigar, descrever e analisar o perfil sociodemográfico, a formação e as condições de trabalho dos agentes, refletindo os avanços e desafios da Política Nacional de Atenção Básica ao longo de seus 20 anos. O instrumento de coleta adotado foi o *web surveys*, a partir de questionário *online*, escolhido pelo alcance ampliado e adequação às necessidades da pesquisa⁵.

O banco de dados foi composto por seis blocos temáticos. Neste artigo, utilizaram-se variáveis dos Blocos 1 (perfil sociodemográfico), Bloco 2 (formação e educação profissional) e Bloco 3 (condições de trabalho), com enfoque na descrição dos aspectos individuais e ocupacionais dos ACS. O questionário foi construído utilizando o *Research Electronic Data Capture* (REDCap), reconhecido como um *software* eficaz para o desenvolvimento de pesquisas na área da saúde. Suas principais vantagens incluem a eficiência no gerenciamento de dados, a garantia de interações seguras e confidenciais com os participantes e os benefícios proporcionados pelo seu desempenho tecnológico.

A pesquisa nacional coletou 14.528 respostas de ACS e ACE nos 26 estados brasileiros e Distrito Federal, desses 11.697 são ACS, que é o principal grupo de pesquisa do presente artigo. Desses 7.435 responderam e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Os dados foram analisados utilizando estatística descritiva, com foco na contagem de frequências absolutas e relativas das respostas em cada categoria. Esse método possibilitou uma visão geral das características da amostra e das tendências apresentadas nos dados, garantindo uma análise sistemática e organizada. Para a tabulação e análise, foram utilizados *softwares* específicos que asseguraram precisão e eficiência no processamento dos dados.

Este estudo foi conduzido em conformidade com os princípios éticos estabelecidos pela Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que regulamenta pesquisas envolvendo seres humanos no Brasil. Os dados aqui utilizados são do projeto matriz, submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Este estudo consistiu em uma análise estatística a nível nacional, envolvendo os atores sociais, que são os ACS, que participaram da pesquisa. Para avaliar o perfil demográfico, profissional e educacional dos agentes, foi necessário realizar uma investigação exploratória dos dados referentes a esses profissionais. Os resultados obtidos na análise estatística serão apresentados a seguir.

3.1 Perfil sociodemográfico

O perfil sociodemográfico dos 7.435 participantes, responderam ao inquérito nas cinco regiões do país, com uma maior frequência de respondentes na região Nordeste, sendo 58% das respostas de pessoas residentes na região.

O Ministério da Saúde, por meio da Fundação Nacional de Saúde, promoveu alterações significativas com a implementação do PACS em 1991. Essa iniciativa começou nas regiões Norte e Nordeste do Brasil, abrangendo áreas urbanas periféricas e zonas rurais, com base em experiências bem-sucedidas desenvolvidas no estado do Ceará⁶.

Constatou-se uma expressiva predominância de profissionais do gênero feminino, 79%, e 21% masculino, dado que se alinha a achados de outros estudos, sendo notória a discrepância na prevalência de homens e mulheres na área da saúde. Essa realidade remete às construções sociais de gênero e à divisão sexual do trabalho, refletindo o protagonismo das mulheres na atenção básica, a feminização da força de trabalho em saúde e a associação histórica entre o feminino e as práticas de cuidado⁷⁻⁹.

Ao discutir as dimensões do cuidado, Hirata⁹ destaca que as mulheres representam uma parcela significativa dos sujeitos que exercem funções ligadas ao cuidado em saúde,

justamente por essa atividade estar historicamente associada ao feminino. Desde a infância, o ato de cuidar é ensinado, naturalizado e reforçado socialmente entre meninas, sendo incorporado como uma atribuição de gênero. Essa construção cultural resulta na centralidade das mulheres em ocupações vinculadas ao cuidado, como é o caso das agentes comunitárias de saúde, evidenciando não apenas uma divisão sexual do trabalho, mas também a reprodução de estereótipos que associam o cuidado à “vocação feminina”.

No que se refere à faixa etária, observou-se predominância de agentes com idades entre 41 e 45 anos, sendo a média de idade dos participantes de 44 anos. Esse dado indica um grupo profissional com trajetória consolidada, cuja permanência na função pode refletir tanto o vínculo com o território quanto a escassez de oportunidades de mobilidade ocupacional. Estudos anteriores também identificaram perfis semelhantes. Por exemplo, uma pesquisa realizada em Recife-PE encontrou uma média de idade de 41 anos entre os ACS, destacando a predominância de adultos jovens na categoria¹⁰. Outro estudo, conduzido em Florianópolis-SC, revelou que a maioria dos ACS possuía entre 26 e 43 anos, reforçando a presença significativa de adultos jovens na profiss o¹¹.

Em relação   autodeclaração de raça/cor, os dados do estudo apontam que 60% dos agentes se identificam como pardos, 26% como brancos, 12% como pretos e 1% como amarelos, segundo os parâmetros do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Esses números revelam a expressiva presença de pessoas negras (pretas e pardas) entre os ACS, o que reforça a necessidade de incorporar a dimensão étnico-racial na formulação e avaliação das políticas públicas voltadas à Atenção Básica. A Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) reconhece o racismo institucional como determinante social das iniquidades em saúde, propondo, entre outras estratégias, a qualificação dos profissionais do SUS para o enfrentamento das desigualdades raciais e a valorização dos saberes dos territórios e populações historicamente marginalizadas¹².

Adicionalmente, estudos como o de Netto *et al.*¹³, evidenciam que a atuação de mulheres negras como ACS não apenas reflete a sobreposição de desigualdades de gênero, classe e raça, mas também revela uma potência de cuidado situada, enraizada no território e no reconhecimento das necessidades reais das comunidades. Ao mesmo tempo, essa sobreposição de marcadores sociais impõe desafios adicionais   valorização e ao reconhecimento profissional dessas mulheres, exigindo abordagens interseccionais na gestão do trabalho e na formulação de estratégias de formação e suporte institucional.

Os dados do presente estudo indicam que 99% dos agentes residem no mesmo município em que atuam. Esse achado está em consonância com a legislação brasileira, que

estabelece a obrigatoriedade de residência do ACS na área da comunidade em que atua. A Lei nº 11.350/2006, que regulamenta as atividades dos ACS, dispõe em seu artigo 6º, inciso I, que o profissional deve "residir na área da comunidade em que atuar, desde a data da publicação do edital do processo seletivo público"¹⁴. Essa exigência visa fortalecer o vínculo entre o profissional e a comunidade, facilitando a identificação das necessidades locais e promovendo uma atenção à saúde mais eficaz e personalizada.

Estudos qualitativos reforçam a importância dessa proximidade territorial. Lopes *et al.*¹⁵ destacam que o fato de os ACS viverem na mesma comunidade em que trabalham permite uma compreensão mais aprofundada das dinâmicas sociais e das necessidades de saúde da população, contribuindo para a efetividade das ações de promoção e prevenção em saúde. No entanto, essa proximidade também pode gerar desafios, como a exposição constante a demandas da comunidade fora do horário de trabalho e a dificuldade em estabelecer limites entre a vida profissional e pessoal.

3.2 Formação e educação profissional

Em relação ao nível de escolaridade, 41% dos agentes têm ensino médio completo, 22% declaração que possuem ensino superior completo, 8,5% têm curso técnico profissionalizante completo. A predominância de trabalhadores com ensino médio completo como grau de escolaridade mais frequente aponta para a persistência de barreiras ao acesso à formação técnica e superior entre os ACS, ainda que parte significativa dos respondentes já tenha alcançado o ensino superior. Tais achados reforçam a importância de políticas públicas que incentivem a formação continuada e o reconhecimento da complexidade do trabalho desses profissionais.

Quando perguntados sobre o último curso de atualização que fizeram, 43,5% declararam que têm mais de 4 anos, 17% relataram que têm entre 3 e 4 anos e 22% realizaram a última atualização a menos de 1 ano. A busca pela qualificação é comum entre os profissionais de nível técnico da área da saúde, isso porque em sua maioria são advindos de classes mais populares¹⁶.

Os agentes responderam se consideravam satisfatório o treinamento introdutório que receberam para exercer o trabalho de agente comunitário de saúde, 75 % responderam que sim, 16% responderam que não e 9% declararam não ter recebido treinamento. No eixo da educação profissional, também perguntamos se o município em que eles atuam, ofereceu

curso técnico com carga horária mínima de 1.200 horas, 61% responderam que não e 39% dizem que já teve oferta dessa natureza.

Na prática diária como agente de saúde, a maior parte dos participantes da pesquisa relataram que receberam capacitação nas seguintes áreas-temas específicas: hipertensão arterial 57%, saúde da mulher 56%, saúde da criança 53%, diabetes *mellitus* 53% e prevenção e controle de dengue, zika e chikungunya 50%. Aqueles que não receberam nenhuma capacitação corresponderam a 12% dos ACS.

Os agentes foram consultados sobre quais áreas eles sentem necessidade de treinamento. Destacamos os cinco temas com maior frequência, sendo eles: ações voltadas para os adolescentes 52,5%, ações voltadas para o idoso 52%, saúde mental 50%, orientação ao planejamento familiar 45% e atenção à criança – imunização 45%. Outros 3% afirmaram não sentir necessidade de quaisquer cursos.

Os dados da pesquisa indicam que uma parcela significativa dos ACS enfrenta lacunas em sua formação e capacitação contínua. Especificamente, 43,5% dos participantes relataram que realizaram o último curso de atualização há mais de quatro anos, enquanto apenas 22% participaram de algum curso no último ano. Além disso, 9% afirmaram nunca ter recebido treinamento introdutório para o exercício da função. Esses números refletem a necessidade de políticas mais eficazes de educação permanente para esses profissionais.

Já Vallegas *et al.*¹⁷ destacam que a qualificação contínua dos ACS deve ser realizada por meio da educação permanente em saúde, que se configura como uma estratégia central no processo de trabalho desses profissionais. A educação permanente contribui não apenas para o aprimoramento técnico e teórico dos agentes, mas também para o fortalecimento de suas práticas junto à comunidade, proporcionando uma atuação mais efetiva e alinhada às necessidades da população.

Em resposta a essas necessidades, o Ministério da Saúde lançou o Programa Mais Saúde com Agente, que visa fortalecer a Atenção Primária à Saúde (APS) e a Vigilância em Saúde (VS) por meio da qualificação dos ACS e Agentes de Combate às Endemias (ACE). O programa oferece cursos técnicos com carga horária mínima de 1.200 horas, abordando temas como equidade de gênero, raça e sexualidade, saúde mental e bucal, entre outros, com o objetivo de preparar os agentes para as novas atribuições previstas na Lei nº 11.350/2006¹⁸.

Além disso, iniciativas locais têm sido implementadas para promover a educação permanente dos ACS. Por exemplo, residentes multiprofissionais em saúde têm realizado capacitações com temas pertinentes à saúde coletiva, visando qualificar os ACS para potencializar suas orientações à comunidade¹⁹.

Ações de educação permanente são fundamentais para garantir que os ACS estejam preparados para enfrentar os desafios contemporâneos da saúde pública, promovendo uma atenção mais eficaz e resolutiva às comunidades que atendem.

3.3 Trabalho, salário e renda

A Lei nº 13.595, de 5 de janeiro de 2018, que altera a Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006, e dispõe sobre as mudanças nas responsabilidades, horários e ambientes de trabalho, requisitos de formação, treinamentos profissionais contínuos e auxílio de transporte para os ACS e os ACE, estabelece o papel dos agentes.

Os ACS têm participação importante na prevenção de doenças e na promoção da saúde, orientando suas ações com base nos princípios da educação popular em saúde. Suas atividades incluem intervenções domiciliares e comunitárias, tanto individuais quanto coletivas, sempre alinhadas às diretrizes do SUS voltadas para a saúde preventiva e a atenção básica. Além disso, sua atuação busca ampliar o acesso da população a serviços de saúde, informação e proteção social, garantindo a promoção da cidadania sob a supervisão das instâncias gestoras municipais, distritais, estaduais ou federais²⁰.

Os elementos trabalho, salário e renda dos ACS participantes da pesquisa, estes em sua maioria, trabalham de 16 a 20 anos na estratégia de saúde da família, representando 25%. Seguido daqueles que trabalham de 21 a 29 anos 22,5%, e de 11 a 15 anos, 18% dos ACS. Buscou-se investigar o tipo de equipe que esses profissionais integram a atenção primária, 93% estão na estratégia de saúde da família e 6% na atenção básica tradicional.

A maioria dos profissionais presentes no estudo, em relação ao vínculo de trabalho, são servidores públicos, 74% e 16% são celetistas. Já referente a jornada de trabalho, 94% dos agentes relataram trabalhar 40 horas semanais, como preconiza a Lei nº 13.595, de 5 de janeiro de 2018²⁰. Esses resultados estão alinhados com a pesquisa de Almeida *et al.* visto que, na referida pesquisa, o modelo de contratação é, em sua maioria, temporário, fugindo da predominância do vínculo de trabalho evidenciado na presente pesquisa²¹.

Na percepção dos ACS as condições de trabalho na UBS são regulares, 46%, e 30% consideram que são boas, 9% responderam que são ruins e 4% relataram que são péssimas. Esses achados, da percepção dos agentes em relação às condições de trabalho também corroboram os resultados da pesquisa conduzida por Almeida *et al.*²¹ a qual evidenciou que a desmotivação entre os agentes está frequentemente associada às condições de trabalho

marcadas pela precariedade, incluindo a ausência de insumos essenciais e a insuficiência de recursos humanos para suprir as demandas da população atendida.

A precarização do trabalho também é reconhecida na pesquisa conduzida por Nogueira, que ressalta a falta de proteção individual, como protetores solares, oferta reduzida de formação técnica profissional e dificuldade em receber valores referentes à insalubridade²².

Outro eixo em relação às condições de trabalho que a literatura aponta como necessário está relacionado às atribuições, de acordo com a meta-síntese realizada por Alonso *et al.* é importante revisar as atribuições dos ACS, com o objetivo de definir de maneira mais clara o papel do profissional e o dimensionamento de suas funções, evitando desvios de atividades, a fim de evitar a sobrecarga de trabalho promovendo uma melhor qualidade de vida para esses trabalhadores²³. A revisão das atribuições permitiria um direcionamento mais preciso das atividades, refletindo diretamente na eficiência do trabalho realizado.

4 CONCLUSÃO

Os achados deste estudo reafirmam o papel central dos ACS, como pilares da APS no Brasil, sobretudo no marco dos 20 anos da PNAB. Ao analisar o perfil sociodemográfico, os processos formativos e as condições de trabalho desses profissionais, evidenciou-se um cenário permeado por tensões históricas e desafios contemporâneos. Os ACS seguem como mediadores fundamentais entre o SUS e os territórios, mas atuam sob condições muitas vezes adversas marcadas pela descontinuidade das políticas de educação permanente, fragilidade e precarização dos vínculos laborais e baixa institucionalização de estratégias que valorizem sua escuta e protagonismo.

Apesar da previsão legal e normativa que reconhece os ACS como profissionais estratégicos para a efetivação dos princípios do SUS, a prática cotidiana mostra a permanência de desigualdades estruturais, que se expressam na sobrecarga de tarefas, na invisibilidade institucional e nas lacunas formativas.

A incorporação da comunicação como dimensão estratégica do cuidado também se mostra fundamental. Como destaca Mendonça²⁴, o enfrentamento de fenômenos como a desinformação em saúde exige que os profissionais da APS e em especial os ACS estejam preparados para atuar em cenários comunicacionais marcados pela disputa de sentidos, fluxos digitais intensificados e produção de incertezas. A ausência de formação em comunicação em saúde, aliada ao despreparo institucional para lidar com as novas ecologias informacionais,

compromete a capacidade dos ACS de exercer plenamente seu papel como agentes de confiança nos territórios. Os ACS precisam ser capacitados para atuar como agentes mediadores em contextos cada vez mais desafiadores.

Este estudo apresenta como limitação o uso exclusivo de dados quantitativos provenientes de um inquérito nacional via *web survey*, o que pode restringir a compreensão de aspectos subjetivos e situados das experiências dos ACS. Embora o grande número de participantes e a abrangência nacional conferirem robustez ao recorte estatístico, a ausência de uma abordagem qualitativa impede maior aprofundamento sobre as percepções, motivações e estratégias individuais dos agentes diante dos desafios enfrentados. Futuras pesquisas podem integrar métodos mistos ou qualitativos para explorar com maior densidade a complexidade do trabalho desses profissionais, sobretudo no enfrentamento da desinformação e na mediação cultural entre serviços e comunidades.

Para que a PNAB consolide uma APS resolutiva, equitativa e centrada nas necessidades da população, é indispensável reconhecer os ACS como sujeitos ativos na produção do cuidado e no enfrentamento das iniquidades. Reafirmar sua relevância estratégica não é suficiente: é preciso investir em sua formação crítica, em condições dignas de trabalho e em processos que favoreçam sua autonomia e valorização como profissionais do SUS.

Por fim, recomenda-se que pesquisas futuras avancem para abordagens qualitativas e participativas, de modo a dar voz aos próprios agentes e aprofundar a compreensão de suas vivências e estratégias cotidianas. Ouvir os ACS é essencial para repensar o presente e projetar o futuro da saúde pública no Brasil.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Presidência da República. Secretaria Geral. Lei N° 13.595, de 5 de Janeiro de 2018. [Internet]. 2018. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2018/Lei/L13595.htm
2. Paim JS. Os sistemas universais de saúde e o futuro do Sistema Único de Saúde (SUS). Saude Debate. 2020;43(spe5):15–28.
3. Giovanella L, Martufi V, Mendoza DCR, Mendonça MHM de, Bousquat A, Aquino R, et al. A contribuição da Atenção Primária à Saúde na rede SUS de enfrentamento à Covid-19. Saude Debate [Internet]. 2021 [citado 2025 jun 3];44(spe4):161–76. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/LTxlLz5prtrLwWLzNJZfQRy/>

4. Shimizu H, Lima LD de, Carvalho ALB de, Carvalho BG, Viana ALDA. Regionalização e crise federativa no contexto da pandemia da Covid-19: impasses e perspectivas. Saude Debate [Internet]. 2021 [citado 2025 jun 3];45(131):945–57. Disponível em: <https://revista.saudeemdebate.org.br/sed/article/view/5879>
5. Forza C. Survey research in operations management: A process-based perspective. Int J Oper Prod Manage. 2012;22(2):152–94.
6. Oliveira JC de, Ceballos AG da C. A feminilização da força de trabalho em uma unidade de saúde da rede municipal do Recife. Res Soc Dev [Internet]. 2022 [citado 2025 mar 25];11(10):e219111032645–e219111032645. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/32645>
7. Lusitânia J, Borges J, Helena M, Cruz S. Gênero e divisão sexual no trabalho em saúde. Braz J Dev [Internet]. 2021 [citado 2025 mar 25];7(5):51929–44. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/view/30306>
8. Garcia Schwarz R, Thomé CF. Divisão sexual do trabalho e impactos na saúde das trabalhadoras: adoecimento por LER/DORT. Rev Direitos Trab Polit Soc [Internet]. 2017 [citado 2025 mar 25];3(5):123–49. Disponível em: <https://periodicoscientificos.ufmt.br/ojs/index.php/rdtps/article/view/8754>
9. Hirata H. O cuidado: Teorias e práticas [Internet]. Boitempo Editorial;. 2022 [citado 2025 mar 25]. 144 p. Disponível em: https://books.google.com.br/books/about/O_cuidado.html?id=02aCEAAAQBAJ&redir_esc=y
10. Motta Lino M, Marcellino de Melo Lanzoni G, Luiz de Albuquerque G, Cabral Schweitzer M. Perfil socioeconômico, demográfico e de trabalho dos agentes comunitários de saúde. Cogitare Enferm [Internet]. 2012 [citado 2025 mai 20];17(1):57–64. Disponível em: <https://openurl.ebsco.com/contentitem/c8h:75048579?sid=ebsco:plink:crawler&id=ebsco:c8h:75048579&crl=c>
11. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa, e ao Controle Social. Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política para o SUS [Internet]. 3. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2017 [citado 2025 mai 20]. 44 p. Disponível em: www.saude.gov.br/bvs
12. Netto IMC, Penido CMF, Moreira LE. Uma análise interseccional da participação das agentes comunitárias no apoio matricial em saúde mental. Trab Educ Saude [Internet]. 2025 [citado 2025 mai 20];23:e02982288. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/xBHZrks5HXH6XB3VvzsRHZp/?lang=pt>
13. Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Lei nº 11.350 [Internet]. [citado 2025 jun 1]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/11350.htm
14. Lopes DMQ, Beck CLC, Prestes FC, Weiller TH, Colomé JS, Da Silva GM. Agentes Comunitários de Saúde e as vivências de prazer - sofrimento no trabalho: estudo qualitativo. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2012 [citado 2025 jun 1];46(3):633–40. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reensp/a/sXWYX5gxbHDOxj4wjHbLmfM/?lang=pt>
15. Mélló LMB de D, Dos Santos RC, de Albuquerque PC. Agentes comunitárias de saúde e a busca pelo ensino superior: motivações e implicações para a profissão. Physis: Rev Saude Coletiva [Internet]. 2023 [citado 2025 jun 4];33:e33083. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/dhf9QdnHVxjZGSFDDn4Vcwk/>

16. Vallegas AB, Souza ÂC de, Sanches L dos S, Alves LA. A educação permanente em saúde no processo de trabalho dos agentes comunitários de saúde. Res Soc Dev. 2020; Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/2962>
17. Brasil. Ministério da Saúde. Mais Saúde com agente [Internet]. [citado 2025 jun 1]. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/sgtes/mais-saude-com-agente?utm_source=chatgpt.com
18. Melo, Dilene FC, et.al. Educação permanente com agentes comunitários de saúde: potencialidades de uma formação norteada por residentes multiprofissionais. Saude Colet (Barueri) [Internet]. [citado 2025 jun 1]. Disponível em: <https://revistasaudecoletiva.com.br/index.php/saudecoletiva/061388>
19. Dos Santos AMC, Baptista PCP, Silva A. Cargas de trabalho e processo de desgaste em Agentes Comunitários de Saúde. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2016 [citado 2025 jun 1];50(1):95–103. Disponível em: <https://repositorio.usp.br/item/002764140>
20. Nogueira C, Ferreira R, Santos L, Nogueira M. Perfil e condições de trabalho de agentes comunitários de saúde em município mineiro endêmico para doenças negligenciadas transmitidas por vetores. Rev Saude (Santa Maria) [Internet]. 2020 [citado 2025 fev 3];46(2). Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/revistasaude/article/view/44457>
21. Alonso CM do C, Béguin PD, Duarte FJ de CM. Trabalho dos agentes comunitários de saúde na Estratégia Saúde da Família: metassíntese. Rev Saude Publica [Internet]. 2018 [citado 2025 jun 1];52:14. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/PjNYDyTH3wkVvffVP9cG8Sc/?lang=pt>
22. Mendonça AVM, Moraes KL, Costa LD da, Andrade NF de, Sousa MF de. Três desafios da Comunicação Promotora de Saúde ao futuro da Estratégia Saúde da Família. In: Sousa MF, organizador. ESF no Brasil: 30 anos. 1. ed. Brasília: Editora ECoS; 2024. p. 950.

Estratégias de enfrentamento de adoecimentos adotadas por enfermeiros da atenção primária à saúde no cotidiano do trabalho

Strategies for coping with illnesses adopted by primary health care nurses in their daily work

Estrategias de enfrentamiento de las enfermedades adoptadas por los enfermeros de atención primaria de salud en su trabajo diario

Maria do Socorro Sousa da Silva
Ardigleusa Alves Coêlho
Fábia Barbosa de Andrade
Nilza Maria Cunha
Gabriella Barreto Soares
Esther Alves Fernandes
Ana Suerda Leonor Gomes Real

RESUMO

Diversas condições atreladas ao trabalho na Estratégia Saúde da Família podem influenciar na saúde dos enfermeiros que nela atuam. Com objetivo de descrever as estratégias utilizadas pelos enfermeiros que atuam na Atenção Primária à Saúde para enfrentar e/ou minimizar adoecimentos/agravos provenientes do cotidiano do seu trabalho, foi realizado um estudo descritivo, ancorado no método da Análise Coletiva do Trabalho. Participaram do estudo 11 enfermeiras de equipes da Estratégia Saúde da Família do Distrito Sanitário III do município de João Pessoa. Como estratégias para enfrentar e/ou minimizar o adoecimento, as enfermeiras citaram o trabalho em equipe, a boa relação com os colegas de trabalho, diálogo, música, momentos de descontração e o autocuidado, que por sua vez incluiu ações voltadas ao âmbito individual. Espera-se que os achados possam fomentar o gerenciamento de informações de saúde, para implementação de programas de saúde e segurança no trabalho e, ainda auxiliar na organização e estruturação dos serviços de Atenção Primária à Saúde, principalmente das Unidades de Saúde da Família, para que assegurem a valorização e melhores condições de trabalho ao enfermeiro e aos demais trabalhadores da saúde.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde, Enfermeiros, Condições de Trabalho.

ABSTRACT

Several conditions linked to work in the Family Health Strategy can influence the health of the nurses who work in it. In order to describe the strategies used by nurses who work in Primary Health Care to cope with and/or minimize illnesses/injuries arising from their daily work, a descriptive study was carried out, anchored in the Collective Work Analysis method. The study included 11 nurses from the Family Health Strategy teams of the Sanitary District III of the city of João Pessoa. As strategies to cope with and/or minimize illness, the nurses mentioned teamwork, good relationships with co-workers, dialogue, music, moments of relaxation and self-care, which in turn included actions aimed at the individual level. It is hoped that the findings can foster the management of health information for the implementation of occupational health and safety programs, and also assist in the organization and structuring of Primary Health Care services, especially Family Health Units, so that they ensure the appreciation and better working conditions of nurses and other health workers.

Keywords: Primary Health Care, Nurses, Working Conditions.

RESUMEN

Diversas condiciones relacionadas con el trabajo en la Estrategia de Salud de la Familia pueden influir en la salud de los enfermeros que trabajan en ella. Con el objetivo de describir las estrategias utilizadas por los enfermeros que actúan en la Atención Primaria de Salud para enfrentar y/o minimizar las enfermedades y problemas derivados de su trabajo diario, se realizó un estudio descriptivo, basado en el análisis colectivo del trabajo. Once enfermeros de los equipos de Estrategia de Salud de la Familia del Distrito Sanitario III del municipio de João Pessoa participaron del estudio. Como estrategias para enfrentar y/o minimizar las enfermedades, los enfermeros mencionaron el trabajo en equipo, las buenas relaciones con los colegas, el diálogo, la música, los momentos de relajación y el autocuidado, que incluyeron acciones enfocadas en el nivel individual. Se espera que los hallazgos puedan promover la gestión de la información en salud para la implementación de programas de salud y seguridad en el trabajo y también ayudar en la organización y estructuración de los servicios de Atención Primaria de Salud, especialmente las Unidades de Salud de la Familia, para garantizar la valorización y mejores condiciones de trabajo para los enfermeros y otros trabajadores de la salud.

Palabras clave: Atención Primaria de Salud, Enfermeras, Condiciones de trabajo.

1 INTRODUÇÃO

O profissional de enfermagem atua em diversos ambientes de trabalho no setor saúde, dentre eles a Atenção Primária à Saúde (APS), local onde exerce um trabalho de suma importância e múltiplas responsabilidades. No que diz respeito ao enfermeiro, este profissional exerce papéis que vão desde a assistência de enfermagem, até a coordenação

do cuidado, e atua diretamente nos programas de saúde no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS), como pré-natal, saúde da criança e do adolescente, saúde da mulher, do homem e do idoso.

Além disso, este profissional empenha-se no cuidado com doenças crônicas como a diabetes e a hipertensão, e realiza outros tipos de serviços junto à equipe¹.

No contexto da APS brasileira, juntamente com um profissional médico, um auxiliar e/ou técnico de enfermagem e os agentes comunitários de saúde, o enfermeiro integra a equipe mínima de Saúde da Família (eSF)², e no cotidiano do processo de trabalho, o convívio e criação de vínculos com os usuários pode exigir dele um contato diário com a dor e as doenças de outrem. Assim, a esfera emocional é acionada, e aquele que cuida também compartilha das incertezas e tristezas inevitáveis³. Partindo disso, altos níveis de ansiedade foram identificados entre profissionais enfermeiros, técnicos de enfermagem, agentes comunitários e auxiliares administrativos que atuam no âmbito da Estratégia de Saúde da Família (ESF), em estudo realizado na região Centro Oeste do Brasil⁴.

Os profissionais de enfermagem, ao se submeterem a uma série de estressores decorrentes do próprio trabalho em seu cotidiano de cuidados, reduzem, conseqüentemente, a motivação no desempenho de suas tarefas e nas relações interpessoais. Nesse contexto, os fatores que causam adoecimento perpassam por diversas esferas, desembocando na atuação profissional. Um estudo, que avaliou a presença de Transtornos Mentais Comuns (TMC) em profissionais que atuam na ESF, identificou alta prevalência de sintomas depressivos e de ansiedade. Revelou também que, a pressão para a realização rápida de tarefas, a insatisfação e a sobrecarga psicológica foram alguns fatores de risco entre a amostra^{5,6}.

Nesse sentido, uma organização que preconiza a produtividade em lugar da qualidade, e pressiona os trabalhadores para seguir sistematicamente esta ótica pautada no modelo biomédico, pode contribuir para o adoecimento desses indivíduos. Assim, questões que não são percebidas pela gestão dos serviços de saúde podem influenciar negativamente na saúde dos trabalhadores e, como consequência, causar aumento no absenteísmo desses profissionais. Dessa forma, a gestão possui um papel fundamental na escuta e na definição de ações que busquem minimizar o adoecimento dos profissionais de saúde⁷.

É pertinente ainda, destacar a discrepância no adoecimento quando comparados os gêneros. Ao longo da história vem comprovando que aspectos culturais como a divisão de tarefas estão mostrando seu peso e gerando uma dupla jornada de trabalho para as

mulheres, as quais se encontram dedicadas em atividades domésticas e no serviço. Estas e outras questões que permeiam o dia a dia das mulheres trabalhadoras, recaem sobre sua saúde mental⁸.

Uma revisão de literatura que incluiu estudos com recorte de gênero e avaliou a saúde mental de trabalhadoras, observou que ocupar espaços masculinos constitui-se como um desafio, bem como ocupar cargos feminilizados historicamente, dois polos opostos. Isso remete à imagem que a sociedade atribui à mulher, e os moldes aos quais ela se esforça para se encaixar. O estresse e a Síndrome de *Burnout* também foram amplamente investigados, sendo que os sintomas de estresse estiveram associados à dupla jornada de trabalho⁸.

Nesse sentido, é possível que os fatores intervenientes na saúde de trabalhadores da enfermagem sofram forte interferência de gênero, gerando diferentes demandas que devem ser consideradas. Sobre o assunto, um estudo que avaliou a autopercepção de saúde de enfermeiras da Atenção Primária à Saúde observou que, entre os fatores que motivaram uma avaliação negativa, destacaram-se a sobrecarga com atividades de cunho doméstico, a alta demanda no ambiente de trabalho, a qualidade de vida considerada como ruim e a presença de transtornos mentais comuns⁹.

No mais, outra problemática é o risco biológico, que também se configura como uma ameaça à saúde do profissional enfermeiro, em função da exposição diária a diversas doenças. O estresse, o tempo curto para a alta demanda e o descuido podem aumentar as chances de acidentes no ambiente de trabalho, o que facilita ainda mais a sua contaminação¹⁰.

Nesse sentido, o medo de adoecer pode se tornar outro fator que ameaça a saúde mental do trabalhador da saúde; e a doença, por sua vez, pode se tornar um risco à saúde física. Além disso, a violência física e verbal ainda se fazem presentes em muitos serviços, e configuram-se como um risco para danos físicos, problemas emocionais, comprometimento do desempenho no trabalho e outras questões preocupantes¹¹.

Somado ao exposto, a pandemia ocasionada pela Covid-19 destacou iniquidades, além de gerar e/ou potencializar problemas financeiros, sociais, mentais, estruturais e outros. As mudanças impostas à sociedade pelo atual contexto, somadas às necessidades de isolamento social geraram situações nunca presenciadas nas mais diversas esferas de vida das pessoas. Nesse cenário, de forma concomitante, os profissionais da saúde experienciaram maior perigo de contágio pelo fato de trabalharem na linha de frente,

medos, ansiedade e sentimentos de incertezas quanto ao futuro. Dessa forma, desde o início da pandemia, o psicológico desses sujeitos esteve duplamente abalado quando, mesmo sem vacina, atuaram em alicerce à população^{12,13}.

Nesse cenário, discutir a saúde do trabalhador, que por sua vez, configura-se como um campo de práticas e de conhecimentos estratégicos interdisciplinares - técnicos, sociais, políticos, humanos, multiprofissionais e interinstitucionais - voltados para analisar e intervir nas relações de trabalho que provocam doenças e agravos, é essencial. Com isso, embora apresente avanços, acaba constituindo um desafio para o SUS e gestores governamentais que buscam por meio de órgãos especializados e de mecanismos legais, garantir condições dignas de trabalho, pautando-se na real situação de cada local por meio da participação social e de informação baseada em evidência¹⁴.

Diante de um cenário de adoecimentos, o enfrentamento de problemas reais e potenciais que ameaçam a sua saúde e o seu desempenho constitui um desafio para os enfermeiros. Dessa forma, questiona-se: quais as estratégias utilizadas pelos enfermeiros que atuam na Atenção Primária à Saúde para enfrentar e/ou minimizar adoecimentos/agravos provenientes do cotidiano do seu trabalho?

Esta pesquisa objetivou descrever as estratégias utilizadas pelos enfermeiros que atuam na Atenção Primária à Saúde para enfrentar e/ou minimizar adoecimentos/agravos provenientes do cotidiano do seu trabalho.

2 METODOLOGIA

Este estudo é parte dos resultados da pesquisa “Adoecimento de enfermeiros no contexto do trabalho na Estratégia Saúde da Família: uma Análise Coletiva do Trabalho”, trabalho de conclusão de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família, da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família, com nucleação da UFPB. Estudo descritivo, exploratório, de abordagem qualitativa, pautado na compreensão e aprofundamento da temática, ao explorar os sentidos atribuídos pelas enfermeiras, participantes do estudo, sobre o processo de adoecimento no contexto do trabalho na Estratégia Saúde da Família.

O estudo foi realizado no município de João Pessoa, capital do Estado da Paraíba. No contexto da organização da Rede de Atenção à Saúde, o município está dividido em cinco Distritos Sanitários. Assim, o cenário do estudo compreendeu 18 (dezoito) Unidades de Saúde da Família (USF), correspondendo a 3,4% do total das equipes do Distrito

Sanitário III, assim distribuídas: nove USF no bairro Mangabeira, quatro no bairro José Américo e cinco no bairro Valentina de Figueiredo.

Para esta pesquisa, foram convidados todos os 20 (vinte) enfermeiros que trabalham nas USF dos bairros mencionados anteriormente, por meio do aplicativo *WhatsApp*, e foram incluídos na pesquisa, aqueles com tempo de atuação de no mínimo cinco anos, que eram servidores efetivos e aceitaram participar. Foram excluídos do estudo, enfermeiros que, embora atendessem aos critérios de inclusão, estavam afastados do processo de trabalho por qualquer motivo durante a etapa da coleta de dados. A decisão de incluir na pesquisa apenas os enfermeiros efetivos se deu pelo fato de que os mesmos, supostamente, não teriam receio de falar sobre o objeto de estudo, pela segurança em relação ao vínculo empregatício.

Com base nos critérios de inclusão, vinte (20) enfermeiros se tornaram elegíveis, sendo dezenove (19) do sexo feminino e apenas um (01) do sexo masculino. Desse total de enfermeiros, duas (02) não aceitaram participar da pesquisa alegando falta de tempo para responderem o questionário devido a sobrecarga de atividades na ESF e em seu domicílio; cinco (05) não responderam ao convite; uma (01) não se dispôs a participar das reuniões online; e uma (01) se encontrava de licença médica. Portanto, a amostra final foi constituída de onze (11) enfermeiras que aceitaram participar do estudo.

Das onze (11) enfermeiras participantes do estudo, sete (07) enfermeiras atuam em sete (07) eSF no bairro de Mangabeira; uma (01) enfermeira atua em uma (01) eSF do bairro José Américo de Almeida; e três (03) enfermeiras atuam em três (03) eSF do bairro Valentina de Figueiredo.

A coleta de dados foi realizada no período de maio a setembro de 2022, por meio da técnica de Grupo Focal (GF) descrita por Leny¹⁵, conduzida pela pesquisadora, na qualidade de moderadora, e contou com o apoio de mais duas pessoas, sendo uma pessoa para dar suporte técnico, e outra como observadora. Desse modo, ao iniciar as sessões de GF a moderadora solicitava que as participantes escolhessem um codinome para garantir o anonimato, e posteriormente, que se apresentassem, após terem dado a permissão para gravar as falas. A moderadora apresentou o título e objetivos do estudo, e expôs um roteiro contendo perguntas. Foram realizadas três sessões/reuniões de GF, de modo *online*, com duração média de 60 minutos cada, e foram gravadas por meio de uma ferramenta do *Windows 10* (Atalho – tecla do logotipo do *Windows* + G), e o conteúdo das gravações foi

transcrito através da ferramenta o Transcribe (Disponível em: <https://otranscribe.com/>), e revisado pela pesquisadora. A transcrição foi apresentada para as participantes em documento na versão word, via email, para que pudessem confirmar e/ou corrigir suas falas, e posteriormente devolver o material aprovado para obtenção do produto final validado. No ato da transcrição das falas, os codinomes foram renomeados para P1, P2, P3...P11 para preservar o anonimato da participante no momento da apresentação dos resultados.

As falas foram analisadas a posteriori, pelo método da Análise Coletiva do Trabalho (ACT), que se caracteriza pelo protagonismo dos próprios trabalhadores. A ACT utiliza o Grupo Focal como técnica, e assim direciona-se a discussão em grupo para questões inerentes ao âmbito do trabalho, permitindo que se aborde, exaustivamente, pelas falas dos participantes, assuntos que, muitas vezes, não são discutidos no cotidiano, possibilitando a reflexão em simples falas e relatos¹⁶. Assim, da análise do material empírico a partir da Análise Coletiva do Trabalho realizada pelas participantes, acerca dos mecanismos de enfrentamento que utilizavam para lidar com os problemas do cotidiano, na tentativa de enfrentar e/ou minimizar o adoecimento, emergiu oito categorias: *trabalho em equipe; boa relação com a equipe; bom humor; diálogo; música, conversa e descontração; prática de exercícios físicos e alimentação saudável; acompanhamento com psicólogo; suporte religioso*.

Dejours¹⁷ afirma que:

As estratégias coletivas de defesa contribuem de maneira decisiva para a coesão do coletivo de trabalho, pois trabalhar é não apenas ter uma atividade, mas também viver: viver a experiência da pressão, viver em comum, enfrentar a resistência do real, construir o sentido do trabalho, da situação e do sofrimento. (p. 103)

Ressalta-se, que o estudo foi realizado respeitando-se os aspectos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos, preconizados pelo Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, através da Resolução nº 466/2012. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram do estudo onze (11) enfermeiras. A maioria (63,6%) possuem de 50

a 59 anos, 28%, 40 a 49 anos, e apenas 8,4% está na faixa entre 60 e 69 anos ou tem mais de 70 anos. Quanto ao número de filhos, a maior parte das entrevistadas (63,6%) possuem pelo menos um filho. No tocante ao tempo de formação, a maior parte está formada há 22, 25 ou 32 anos (18,2% respectivamente), sendo o maior tempo de formada 41 anos. Em relação a Instituição de Formação, cerca de 72,7% das participantes concluíram o curso em instituição pública, enquanto 27,3% o fez em instituição privada. Todas as enfermeiras entrevistadas referiram ter formação em nível de pós-graduação lato sensu.

As falas das participantes evidenciaram que, dentre as estratégias dos enfermeiros que atuam na ESF para enfrentamento e/ou minimizar doenças/agravos provenientes do cotidiano do trabalho, estão: *trabalho em equipe; boa relação com a equipe; bom humor; diálogo; música, conversa e descontração; prática de exercícios físicos e alimentação saudável; acompanhamento com psicólogo; suporte religioso.*

3.1 Trabalho em equipe

O trabalho em equipe possibilita o ato de delegar tarefas, e desse modo desafoga o profissional enfermeiro de responsabilidades que podem ser compartilhadas. Na fala de P5 constata-se que a participante sentiu a necessidade de fazer essa partilha em sua equipe.

[...] A odontologia... eu tava me sentindo muito sufocada e na verdade ela começou a ficar bem separada da equipe como se ela fosse uma coisa à parte. E aí eu comecei a colocar algumas atribuições da equipe que eu tava levando nas costas... semana epidemiológica, pacientes que na verdade a gente acaba acompanhando com hanseníase e TB, e ela nunca se envolvia... introduzindo um pouco mais ela nesse contexto. E com os ACS também. Então assim, antes eu achava que eu era responsável por eles, e o mundo mostrou que isso não cabia mais na minha responsabilidade e foi quando eu passei a delegar essas responsabilidades pra eles mesmos... então, você não quer contribuir, a responsabilidade é sua, não é minha de eu estar correndo atrás, [...], então, eu tirei um pouco do peso das costas que eu achava que eu era responsável, e assim... eu me senti um pouco melhor. [...] (P5)

A participante P1 também expôs a importância do trabalho em equipe como uma forma de contribuir para a boa dinâmica no contexto da Unidade de Saúde. A ideia de que a equipe depende da enfermeira para tarefas, que na verdade podem ser desenvolvidas por outros profissionais, foi desmistificada pela entrevistada, quando ela ressalta que todos podem fazer sua parte, independente de sua ajuda.

[...] na minha equipe eu tento trabalhar muito a questão de parceria, é uma coisa que eu sempre falo pra todo mundo. Gente, sozinha eu não posso quando eu tô afastada, é “[nome da participante] mas você faz muita falta” não minha gente, faço falta não, todo mundo precisa se ajudar, não é porque um tá fora só que as coisas não acontecem, todo mundo pode fazer, basta a gente querer, né? basta a gente querer, se empenhar, se cada um fizer a sua parte tudo dá certo. Então, eu acho que o trabalho em equipe é primordial; eu sempre digo, sozinha eu não faço nada, todo mundo tem que ajudar, cada um tem que fazer sua parte. [...]
(P1)

O trabalho em equipe pode impactar no cotidiano do trabalho da equipe de enfermagem, todavia nem sempre é desenvolvido entre os profissionais. Um estudo realizado em São Paulo buscou compreender a percepção da equipe de enfermagem acerca do trabalho em equipe, e seus achados demonstraram que 99,1% dos participantes afirmaram que o trabalho em equipe facilita a assistência, 95% declararam ter boa relação entre os pares no trabalho, e 96,4% afirmou que o trabalho em equipe era mérito coletivo. Nesse sentido, fatores que podem facilitar esta prática incluem a percepção de seus benefícios, a clareza dos objetivos da instituição e o bom relacionamento interpessoal¹⁸.

Algo que pode contribuir fortemente para a adesão ao trabalho em equipe é a formação profissional. As experiências com o trabalho em equipe devem existir ainda no ambiente acadêmico, sendo fortalecidas em diferentes experiências ao longo do curso, portanto os estudantes passam a reconhecer seus benefícios e a desenvolver habilidades importantes para o seu exercício¹⁹. O investimento no trabalho pode contribuir em última instância para a qualidade da assistência prestada ao paciente, bem como para a boa percepção dos profissionais acerca do seu ambiente de trabalho.

3.2 Boa relação com a equipe

As participantes falaram sobre a relevância dos momentos de interação com outros integrantes da Unidade de Saúde, e como isso colabora para o bem-estar individual e coletivo. A boa convivência, os momentos de pausa durante o lanche, piadas, conversas, são coisas simples que foram enfatizadas como estratégias pelas participantes. Para P11, essa relação auxilia até mesmo na motivação:

[...] Dentro do serviço [...] uma das estratégias que eu tenho, eu converso muito, eu não fico dentro da minha sala não, [...] eu procuro conversar [...] com as pessoas... então assim, eu procuro interagir, e eu acho que isso é uma das estratégias [...] para eu também me socializar dentro da equipe, pra mim de forma individual é uma estratégia minha também... dentro da equipe pra tentar viver melhor, né? ter uma vivência melhor, assim pra uma motivação do trabalho. [...] (P11)

O bom relacionamento entre a equipe é essencial dentro de qualquer contexto de trabalho, todavia é fato que alguns fatores atuam dificultando o seu desenvolvimento, e outros o facilitam. Uma pesquisa realizada em Rondônia objetivou estudar a percepção da equipe de enfermagem acerca das relações interpessoais no ambiente de trabalho. Seus resultados mostraram que a falta de compromisso e a má vontade são vistas como as maiores dificuldades nesse âmbito, enquanto a paciência e a compreensão são os facilitadores mais citados pela equipe. Os participantes reconhecem a existência de conflitos no seu cotidiano, mas apontam que sua resolução é feita por meio do diálogo²⁰.

3.3 Bom humor

O bom humor, outro aspecto que está interligado com a boa convivência no trabalho, bem como com o enfrentamento de problemas. Para P7 é importante descontrair com os pacientes e com outros profissionais, para tornar o ambiente mais leve.

[...] Eu gosto muito de tá sorrindo, seja com o paciente, tô sempre brincando, com a minha equipe, com os agentes de saúde... eles dizem que eu brigo com eles sorrindo. Eu acho que é isso que facilita as coisas, é o bom humor e a calma também, eu sou muito calma. Assim... a questão do senso de humor também é importante, né? e da simpatia, tudo (P7).

Apesar de serem raros os estudos voltados ao bom humor no desenvolvimento do trabalho da enfermagem, a literatura aponta que tal estratégia pode ser um método valioso.

Seus resultados geram impacto positivo na experiência dos pacientes, facilitando a comunicação e o relacionamento entre profissional e paciente, e além disso contribui fortemente para diminuir os níveis de estresse e a exaustão profissional. Fica expresso que o bom humor pode exercer influências nos âmbitos físico, psíquico e social²¹.

3.4 Diálogo

Estabelecer o diálogo é uma importante estratégia para que haja boa relação entre a equipe, e também importante na resolução de conflitos. O diálogo foi algo referido mais de uma vez. A importância de conversar com outros membros da equipe sobre os problemas e de pedir ajuda foi algo posto, conforme referem as seguintes falas:

[...] e também a questão do diálogo, né? a gente tá aberta para dialogar, para ouvir [...] precisa muito ter o discernimento, a sabedoria pra ouvir. Ou o colega de trabalho, ou principalmente o usuário, né? A gente precisa tá disponível pra isso, aí eu acho que isso aí ajuda muito também, sabe? esse diálogo. É isso. (P7)

Na opinião de umas das participantes, é preciso dizer aquilo que incomoda ou o que você precisa do outro, e que não é certo esperar que ele lhe entenda sem antes conversar sobre o assunto:

[...] E também procuro falar do que eu tô sentindo, aquilo que tá me incomodando eu também agora não fico mais calada, antes eu ficava, mas agora não, falo em reunião, ou chamo a pessoa, certo? E também tô dividindo as tarefas pra o dentista, entendeu? mesmo que ele veja, mas como ele disse a mim “Você não me pedia” então a gente tem que falar mesmo, porque se for esperar que o colega veja a nossa sobrecarga de trabalho, eles não estão nem aí, entendeu? [...] (P10)

O diálogo é uma ferramenta potente no âmbito do trabalho da enfermagem, especialmente dentro da equipe, e pode atuar fortalecendo não somente a relação interpessoal, como também a assistência. Por meio do diálogo, estes profissionais conseguem estabelecer pontos críticos e gerar resoluções coletivas dentro do ambiente de trabalho. Esta ferramenta é vista como algo positivo pelos enfermeiros, pois promove não só a troca de experiências, mas também proporciona um ambiente mais leve e acolhedor²².

Segundo Dejours²³ “[...] quando um doente começa a protestar, a defender-se e a queixar-se, é porque precisamente ele está melhor. A revolta assinala uma melhoria de seu estado” (p. 55).

3.5 Música, conversa e descontração

A enfermeira P9 utiliza a música, a conversa e os momentos de descontração como estratégias no seu dia a dia. Dessa forma, seu ambiente de trabalho torna-se menos enfadonho e pesado, o bom humor também está implícito em sua fala:

[...] Eu escuto música, eu canto, eu converso com o paciente, sei da vida deles e eles sabem da minha, converso e passo o dia assim, porque se não eu não aguentava não. O meu dia é rindo, todo mundo me conhece, como eu sou. É desse jeito com meus pacientes também, e... escutando música. Na hora do lanche eu paro pra lanche e tomar um cafezinho, porque se não eu morro [...], tem dia que não dá não, por causa das vacinas agora tá meio difícil. Mas paro, vou lá na copa, converso um pouquinho e volto. A gente tem que ir fazendo assim, porque se não, não dá não. (P9)

As formas de enfrentamento dos problemas cotidianos no âmbito dos serviços de saúde são diversas, porém cada uma possui o seu valor, se adequando a situação na qual está inserido o indivíduo. São extremamente importantes e devem ser encorajadas, uma vez que ignorar o problema ou fugir, não apresenta potencial para lidar com os efeitos negativos experienciados pelos sujeitos. Assim, adotar mais de uma estratégia é interessante, e ajuda a lidar com a situação estressora, permite uma diversificação de atitudes que propiciam efeitos benéficos. Apesar de interferirem na situação de diferentes maneiras, não necessariamente estes métodos possuem um caráter resolutivo. Todavia, a impossibilidade de extinguir o problema não significa que se deve abandonar tais ações, pelo contrário, evidencia a importância de investir ainda mais em outras maneiras de lidar com a problemática, tentando minimizar o adoecimento e o dano emocional²⁴.

Nesse sentido, é importante conhecer e reconhecer os estressores e os fatores que ameaçam a saúde dos profissionais da enfermagem que atuam na APS para criar evidências que possam direcionar ações cada vez mais específicas. Ações que não foram mencionadas, mas possuem grande relevância, são aquelas planejadas e de caráter coletivo, que podem partir inclusive da própria equipe²⁴.

3.6 Prática de exercícios físicos e alimentação saudável

Algumas táticas utilizadas pelas entrevistadas voltam-se ao contexto individual, como por exemplo, a prática de exercícios físicos e a alimentação saudável. A enfermeira P11 ressalta que desenvolveu esse hábito, quando percebeu que sua saúde estava sendo prejudicada e, a necessidade de se cuidar, algo que não fazia antes:

Se for pensar de forma individual, pra gente se cuidar, não

adoecer... um dos pontos que eu falei foi a questão... com relação a me cuidar, os exercícios físicos e alimentação. Isso aí eu lembro que foi uma das dificuldades de quando eu entrei no PSF foi não levar a minha comida, então eu comia muito fora, pedia quentinha... isso tava me atrapalhando [...], eu que não estava me cuidando nisso, e com relação à atividade física também despertei agora...[...] pra tá me cuidando em relação à saúde porque se eu me cuido e tô me sentindo bem com relação ao exercício... porque se tem uma coisa que eu tenho na minha vida depois do exercício físico é dormir bem [...] não precisa de medicamento, de nada. [...] então, como é bom a questão do exercício que a gente libera, serotonina, dopamina, vários neurotransmissores... faz bem demais ao organismo. (P11)

Estratégias de autocuidado são extremamente importantes, especialmente tendo em vista a conduta de abnegação tomada por muitos profissionais enfermeiros que se dedicam ao trabalho e a cuidar do outro, esquecendo de si, e acaba muitas vezes ignorando até mesmo os seus agravos de saúde pré-estabelecidos. Nesse âmbito, assim como as práticas a nível coletivo, o autocuidado pode variar, inclusive de acordo com concepções individuais de saúde²⁵.

3.7 Acompanhamento com Psicólogo

A participante P4 realiza, além da atividade física, o acompanhamento com o psicólogo. Nesse caso, as estratégias da participante são pautadas também no seu estado de saúde, visando minimizar os impactos do adoecimento no seu contexto.

Hoje eu tô sendo acompanhada pelo psicólogo, fazendo terapia. As vezes quando eu chego mais disposta eu faço uma caminhadazinha e... tentando deixar o trabalho um pouco de lado e não trazer pra casa, hoje eu tô tentando fazer isso um pouco, que eu tava muito estressada, trazendo coisas pra casa, e hoje eu tô tentando deixar as coisas de lado um pouquinho. (P4)

Nesse sentido, evitar preocupações em excesso também foi algo colocado pelas participantes. Elas ressaltaram a importância de não levar os problemas do trabalho para casa, seu local de descanso. Uma das entrevistadas cita, inclusive, que precisa “fechar os olhos” para algumas coisas, o que está interligado com o que é colocado por outra colega, que é o fato de que nem todos os problemas estão ao alcance de serem resolvidos pela enfermeira.

[...] Então essas estratégias que eu tenho feito, tentado me trabalhar mentalmente pra não absorver problemas; dezesseis horas eu saio da unidade e deixo os problemas lá, venho pra casa e procuro não me preocupar com o que tá acontecendo lá, e chegar no outro dia e começar tudo de novo, né? ... tentando nesse momento não absorver, porque... se não, realmente, a gente adoeece. [...] (P1)

Uma das estratégias que eu uso é... fechar os olhos pra certas

coisas que eu vejo lá, que isso faz é adoecer... (P6)

“É... uma das estratégias que eu tenho utilizado pra não adoecer, pra não ficar doente mesmo, pra não ter nenhum problema, é justamente não me preocupar em excesso. Antes, eu ficava assim, querendo que as coisas acontecessem e tudo, então eu tenho tentado me trabalhar mentalmente nesse sentido, e... colocando assim dentro de mim que eu não posso dar conta de tudo, que tem coisas que não dependem de mim, né? (P1)

O apoio psicológico é algo que impacta positivamente na qualidade de vida no trabalho do profissional da enfermagem. É importante destacar que alguns profissionais requerem o apoio profissional nesse âmbito para além do não profissional, como família, cônjuge, entre outros. Reconhecer as afetações no âmbito da saúde mental é um passo importante para que se reafirme tal necessidade. Atualmente, a literatura já aponta que o cuidado com a saúde mental dos profissionais da enfermagem deve vir desde a graduação até a sua atuação profissional^{26,27}.

3.8 Suporte Religioso

A religião também foi citada como amparo, algumas participantes referiram buscar apoio em Deus para trabalhar com sabedoria e resolver os problemas do cotidiano. A proteção também é algo que elas colocam como resultado das orações feitas.

[...] tô pedindo muito a Deus que me dê sabedoria.” (P10)

Menina... olha eu vou no carro rezando, sabe? eu vou orando pra o negócio acalmar lá... nosso ambiente de trabalho, nosso processo de trabalho, as pessoas. É.. tem que orar muito viu [...]. E é assim, sabe? que Jesus nos dê o livramento, né? [...] tanta gente sendo assaltada, colegas passando por poucas e boas, e enfim... (P8)

É difícil? É. Se manter calma hoje, pós-pandemia, com aquelas vacinas direto, com teste... mas a gente vai pedindo a Jesus calma e discernimento, né? então é mais ou menos isso, é oração, chegar leve e ir resolvendo as coisas aos poucos. (P8)

A religiosidade e a espiritualidade ocupam um importante lugar como ferramenta de apoio tanto para pacientes, como para profissionais da saúde. Um estudo realizado com profissionais da enfermagem, matriculados em cursos de residências na cidade do Recife, mostrou que a crença na religiosidade e espiritualidade era compartilhada por mais da metade da sua amostra. Nesse âmbito, os profissionais reconheceram a importância de tais aspectos para promoção da saúde e do bem-estar, bem como seu papel como estratégia de enfrentamento cotidiano²⁸.

Nesse contexto, percebeu-se que as enfermeiras buscam minimizar os impactos

sentidos, apesar dos problemas do cotidiano e do adoecimento. Estas estratégias são de suma importância no dia a dia de cada uma, e partilhar permite que outros profissionais enxerguem as potencialidades intrínsecas em ações simples e que possuem baixo ou nenhum custo.

Todavia, ressalta-se que não fora mencionada nenhuma estratégia coletiva desenvolvida pela gerência, ou mesmo a nível de equipe. Tal ação se faz urgente, tendo em vista o fato de que diversos fatores advindos dessas instâncias, atuam de forma interveniente na saúde física e mental dos enfermeiros no contexto da Atenção Primária à Saúde.

Um importante objeto de reflexão nesse âmbito diz respeito a mudança de visão no que tange ao processo saúde-doença, bem como sobre o processo de trabalho em saúde, como colocado por Leal⁷. O fortalecimento de práticas que englobem o bem-estar físico, mental e social dos usuários e dos trabalhadores do SUS é algo inerente ao pleno funcionamento das ações e serviços de saúde pública. A compreensão deste fato pode potencializar a mudança de práticas no cenário da APS, colocando o sujeito como protagonista do cuidado, valorizando a saúde dos profissionais que cuidam e gerando resultados positivos à saúde.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Foram elucidadas, discutidas e compartilhadas pelas enfermeiras as estratégias que elas lançam mão com vistas a enfrentar e/ou minimizar as doenças/agravos vividos, e citaram: trabalho em equipe, boa relação com a equipe, bom humor, diálogo, música, conversa, descontração, prática de exercícios físicos, alimentação saudável, acompanhamento com psicólogo e suporte religioso.

O enfrentamento do processo de adoecimento na Atenção Primária à Saúde foi elucidado de forma a percorrer diversas áreas da saúde, passando pela nutrição, pela educação física, pela saúde mental, ciências da religião, entre outras. Tais resultados, reafirmam a complexidade do assunto e as muitas influências na saúde do trabalhador no contexto estudado.

Diante dos resultados, espera-se que esse estudo possa fomentar a implantação e implementação de programas de saúde para o cuidador e segurança no trabalho, primando pela saúde não apenas do Enfermeiro, mas de toda a equipe de saúde, uma vez que o trabalho na Estratégia Saúde da Família é realizado de modo coletivo, na perspectiva da

interprofissionalidade, para o alcance da integralidade do cuidado. Para tanto, precisa-se voltar o olhar para a organização e estruturação dos serviços de APS, principalmente das Unidades de Saúde da Família, de modo que assegurem melhores condições de trabalho na perspectiva da satisfação e motivação para o trabalho, em atenção a qualidade de vida dos profissionais em cumprimento com as recomendações contidas na Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora.

Cabe mencionar que uma das limitações do estudo diz respeito ao fato de que apenas enfermeiros foram recrutados como participantes, assim recomenda-se a realização de pesquisas futuras com outros integrantes de equipes de Saúde da Família, de modo a dar visibilidade às estratégias utilizadas para minimizar adoecimentos relacionados ao processo de trabalho na APS, e principalmente considerando o conceito ampliado de saúde, bem como de ambiente, englobando a importância das condições de trabalho, da valorização profissional, das relações cotidianas, da infraestrutura dos serviços e de outras esferas que afetam a saúde dos profissionais.

REFERÊNCIAS

1. Assis JT, Santos JF, Pinto LM, Brito PK, Ferreira MA, Fernandes MC. Identidade profissional do enfermeiro na percepção da equipe da estratégia saúde da família. Rev Saude Amp Cienc Online [Internet]. 2018 [citado 29 jul 2023];7(3):43-58. Disponível em: <https://www.rsctemp.sti.ufcg.edu.br/index.php/RSC-UFCEG/article/view/528/398>
2. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) . Diário Oficial da União . 22 Set 2017.
3. Abranches, Sueli Soldati. A situação ergonômica do trabalho de enfermagem em unidade básica de saúde [thesis]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto; 2005 [cited 2023-07-29]. doi:10.11606/T.22.2005.tde-07122005-104056
4. Moura A, Lunardi R, Volpato R, Nascimento V, Bassos T, Lemes A. Fatores associados à ansiedade entre profissionais da atenção básica. Rev Port Enferm Saude Ment [Internet]. Jun 2018 [citado 29 jul 2023];(19). Disponível em: <https://doi.org/10.19131/rpesm.0198>
5. Carvalho DB, Araújo TM, Bernardes KO. Transtornos mentais comuns em trabalhadores da Atenção Básica à Saúde. Rev Bras Saude Ocupacional [Internet]. 2016 [citado 26 jul 2023];41. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2317-6369000115915>
6. Gonçalves JR, Melo EP, Lombas SR, Mariano CD, Barbosa L, Chillida MD. Causas de afastamento entre trabalhadores de enfermagem de um hospital público do interior de são paulo. REME – Rev. Min. Enf [Internet]. 4 out 2005 [citado 29 jul 2023];9(4):309. Disponível em: <https://cdn.publisher.gn1.link/reme.org.br/pdf/v9n4a04.pdf>

7. Leal AS. Formação especializada em Saúde da Família: aprendizagem e mudança de práticas [Tese (Doutorado)]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca; 2014. 275 p.
8. Salvaro GI, Mariano P. Saúde mental de trabalhadoras em estudo: contribuições ao debate de gênero. *Psicol Em Estud* [Internet]. 25 out 2021 [citado 29 jul 2023];26. Disponível em: <https://doi.org/10.4025/psicolestud.v26i0.44059>
9. Lua I, Almeida MM, Araújo TM, Soares JF, Santos KO. Autoavaliação negativa da saúde em trabalhadoras de enfermagem da atenção básica. *Trab Educ Saude* [Internet]. Dez 2018 [citado 29 jul 2023];16(3):1301-19. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00160>
10. Amaro Júnior AD, De Oliveira Custódio JM, Stolte Rodrigues VP, Oliveira do Nascimento JM. Risco biológico no contexto da prática de enfermagem: uma análise de situações favorecedoras. *Rev Epidemiologia Control Infeccao* [Internet]. 1 jul 2015 [citado 27 jul 2023];5(1). Disponível em: <https://doi.org/10.17058/reci.v5i1.5396>
11. Bordignon M, Monteiro MI. Violência no trabalho da Enfermagem: um olhar às consequências. *Rev Bras Enferm* [Internet]. Out 2016 [citado 26 jul 2023];69(5):996-9. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2015-0133>
12. Bezerra AC, Silva CE, Soares FR, Silva JA. Fatores associados ao comportamento da população durante o isolamento social na pandemia de COVID-19. *Cienc Amp Saude Coletiva* [Internet]. Jun 2020 [citado 26 jul 2023];25(suppl 1):2411-21. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020256.1.10792020>
13. Portugal JK, Reis MH, Barão ÉJ, Souza TT, Guimarães RS, Almeida LD, Pereira RM, Freire NM, Germano SN, Garrido MD. Percepção do impacto emocional da equipe de enfermagem diante da pandemia de COVID-19: relato de experiência. *Rev Eletronica Acervo Saude* [Internet]. 21 maio 2020 [citado 29 jul 2023];(46):e3794. Disponível em: <https://doi.org/10.25248/reas.e3794.2020>
14. Gomez CM, Vasconcellos LC, Machado JM. Saúde do trabalhador: aspectos históricos, avanços e desafios no Sistema Único de Saúde. *Cienc Amp Saude Coletiva* [Internet]. Jun 2018 [citado 26 jul 2023];23(6):1963-70. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.04922018>
15. Leny AT. Grupos focais: conceitos, procedimentos e reflexões baseadas em experiências com o uso da técnica em pesquisas de saúde. *Physis* [Internet]. 2009 [citado 29 jul 2023];19(3):777-96. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s0103-73312009000300013>
16. Ferreira LL. Análise coletiva do trabalho: quer ver? Escuta. *Revista Ciências do Trabalho*. 15 jul 2015;(4):91.
17. Dejours C. A banalização da injustiça social, RJ. Fundação Getúlio Vargas 1999.
18. Valentim LV, Luz RA, Costa Santos LS, Noca CR. Percepção dos profissionais de enfermagem quanto ao trabalho em equipe. *Rev Baiana Enferm* [Internet]. 7 out 2020 [citado 29 jul 2023];34. Disponível em: <https://doi.org/10.18471/rbe.v34.37510>

19. Gallotti FC, Santos LE, Dias VG, Farias QS, Martins MD, Góis RM, Rosa MP, Lima RG, Trindade LS, Serafini MR. Formação do enfermeiro na perspectiva do cuidado integral e trabalho em equipe. *Res Soc Dev* [Internet]. 10 jan 2021 [citado 26 jul 2023];10(1):e24110111724. Disponível em: <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i1.11724>

20. Pereira TB, Bezerra MR, Barros M. Relações interpessoais da equipe de enfermagem no ambiente de trabalho. *Dê Ciência em Foco* [Internet]. 17 jul 2019 [citado 29 jul 2023];3(1):65. Disponível em: <https://revistas.uninorteac.com.br/index.php/DeCienciaemFoco0/article/view/271>

21. Figueredo RC, Pinheiro TR, Silva MZ. O reflexo do bom humor na prática do profissional de enfermagem. *EDIÇÃO ESPECIAL: Vida Universitária: saberes e vivências* [Internet]. 29 jun 2020 [citado 29 jul 2023];4(2). Disponível em: <http://revista.faculdadeitop.edu.br/index.php/revista/article/view/217>

22. Weber ML, Vendruscolo C, Adamy EK, Trindade LD, Heidemann IT, Rosset D. Melhores práticas de enfermagem: potencialidades e desafios em um contexto assistencial. *Rev Enferm Cent Oeste Min* [Internet]. 24 dez 2019 [citado 29 jul 2023];9. Disponível em: <https://doi.org/10.19175/recom.v9i0.3504>

23. Dejours C. *A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho*. 3ª ed. São Paulo: Cortez, Oboré, 1988.

24. Crispim CG, Ribeiro WA, Fassarella BP, Neves KC, Franco AD, Silva AS, Souza AB, Silva ID, Guinancio JC, Carvalho BL. Estratégias de enfrentamento do estresse ocupacional na ótica de enfermeiros emergencistas. *Glob Clin Res J* [Internet]. 2022 [citado 26 jul 2023];1(2). Disponível em: <https://doi.org/10.5935/2763-8847.20220014>

25. Galarça AM, Porto AR, Cecagno D, Oliveira CD, Coutinho SB, Silva PD, Chagas DB, Domingues EL. Qualidade de vida dos Enfermeiros da Atenção Primária à Saúde: revisão integrativa de literatura. *Rev Eletronica Acervo Saude* [Internet]. 30 jun 2022 [citado 26 jul 2023];15(6):e10418. Disponível em: <https://doi.org/10.25248/reas.e10418.2022>

26. Buss A. Estratégias de promoção da qualidade de vida no trabalho para profissionais de enfermagem: uma revisão da literatura. [Trabalho de Conclusão de Curso (Enfermagem) na Internet]. Porto Alegre: Centro Universitário Ritter dos Reis; 2022. 20 p. Disponível em: <https://repositorio.animaeducacao.com.br/handle/ANIMA/24928>

27. Moraes Junior SL, Da Silva Seltenreich L, Marques Barbosa S, Beatriz Pereira Ribeiro, Aline Sousa Lima dos Santos. A depressão como obstáculo para os futuros enfermeiros. *Nurs (Sao Paulo)* [Internet]. 1 jun 2019 [citado 29 jul 2023];22(253):2973-8. Disponível em: <https://doi.org/10.36489/nursing.2019v22i253p2973-2978>

28. Haimenis B. Espiritualidade e saúde mental em profissionais residentes da secretaria de saúde do Recife: um estudo transversal. [Trabalho de conclusão de curso (Medicina)]. Recife: Faculdade Pernambucana de Saúde; 2022.

Acesso de primeiro contato na atenção primária à saúde: perspectiva dos usuários

First contact access in primary health care: users' perspective

*Acceso de primer contacto en la atención primaria de salud: perspectiva de los
usuarios*

Samara Baldessar Ghizoni

Leticia de Lima Trindade

Naiana dos Santos Oliveira

Clarissa Bohrer da Silva

RESUMO

Objetivo: Avaliar o atributo acesso de primeiro contato na perspectiva dos usuários da Atenção Primária à Saúde (APS). **Método:** Trata-se de um estudo quanti-qualitativo, realizado nos Centros de Saúde da Família do município de Santa Catarina. A primeira fase, quantitativa realizada entre junho e dezembro de 2021, 256 usuários responderam ao Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (PCATool-Brasil) e, posteriormente, realizou-se a análise descritiva dos dados. Na fase qualitativa, que ocorreu entre novembro e dezembro de 2022, por meio de entrevista individual com 13 usuários, realizando a análise temática dos dados desta etapa. Em ambas se analisou a avaliação do acesso de primeiro contato. **Resultados:** Na etapa quantitativa, os itens do atributo “acesso de primeiro contato” foram avaliados de forma satisfatória. Identificou-se a convergência do componente “utilização” entre as etapas, esclarecendo que os usuários consideram a APS como principal porta de entrada do sistema de saúde. Em relação aos elementos que limitam ou reduzem a avaliação positiva do componente “acessibilidade”, identificou-se a falta de profissionais, a carência de ferramentas de comunicação efetivas, e a dificuldade de conseguir atendimento médico somada à demora de exames e encaminhamentos. **Conclusão:** Há dificuldades relacionadas à acessibilidade desses serviços, por isso a importância das pesquisas com usuários a fim de garantir o acesso aos serviços de saúde. Esses resultados podem guiar a busca por estratégias de fortalecimento da APS, visando a atenção integral de indivíduos, família e comunidade e a reflexão sobre as ações no âmbito da política de saúde municipal.

Palavras-chave: Atenção primária à saúde; Qualidade da assistência à saúde; Satisfação do paciente; Acessibilidade aos serviços de saúde.

ABSTRACT

Objective: To evaluate the attribute of first-contact access from the perspective of users of Primary Health Care (PHC). **Method:** This is a quantitative-qualitative study conducted at Family Health Centers in the municipality of Santa Catarina. In the first, quantitative phase,

conducted between June and December 2021, 256 users answered the Primary Care Assessment Tool (PCATool-Brazil), followed by descriptive data analysis. The qualitative phase took place between November and December 2022 and involved individual interviews with 13 users, with thematic analysis of the data. Both phases analyzed the evaluation of first-contact access. **Results:** In the quantitative stage, the items related to the "first-contact access" attribute were rated as satisfactory. Convergence of the "utilization" component was identified between the phases, indicating that users consider PHC as the main entry point to the health system. Regarding aspects that limit or reduce the positive assessment of the "accessibility" component, a lack of professionals, insufficient effective communication tools, and difficulty in obtaining medical care, along with delays in tests and referrals, were identified. **Conclusion:** Difficulties related to the accessibility of these services persist, highlighting the importance of research with users to ensure access to health services. These results can guide the search for strategies to strengthen PHC, aiming at comprehensive care for individuals, families, and the community, as well as fostering reflection on actions within the scope of municipal health policy.

Keywords: Primary Health Care; Quality of Health Care; Patient Satisfaction; Health Services Accessibility.

RESUMEN

Objetivo: Evaluar el acceso de primer contacto desde la perspectiva de los usuarios de la Atención Primaria de Salud (APS). **Método:** Estudio cuanti-cualitativo realizado en Centros de Salud de la Familia en Santa Catarina. En la fase cuantitativa (junio a diciembre de 2021), 256 usuarios respondieron al PCATool-Brasil y se realizó análisis descriptivo. En la fase cualitativa (noviembre a diciembre de 2022), se entrevistó individualmente a 13 usuarios, utilizando análisis temático. Ambas fases analizaron el acceso de primer contacto. **Resultados:** En la etapa cuantitativa, el atributo "acceso de primer contacto" fue evaluado satisfactoriamente. Se observó convergencia respecto al componente de "utilización", mostrando que los usuarios ven la APS como principal vía de entrada al sistema de salud. Sin embargo, la valoración positiva del componente "accesibilidad" estuvo limitada por la falta de profesionales, la ausencia de comunicaciones efectivas y la dificultad para obtener atención médica, además de demoras en exámenes y derivaciones. **Conclusión:** Persisten barreras de accesibilidad en los servicios de APS, lo que resalta la importancia de escuchar a los usuarios para mejorar el acceso. Los resultados orientan hacia la necesidad de fortalecer la APS, promoviendo la atención integral a individuos, familias y comunidades, y motivan la reflexión sobre la mejora de la política de salud municipal.

Palabras clave: Atención primaria de salud; Calidad de la atención de salud; Satisfacción del paciente; Accesibilidad a los servicios de salud.

1 INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) representa o primeiro nível de acesso dos usuários ao sistema de saúde e desenvolve ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, visando o atendimento das demandas dos indivíduos, famílias e comunidades¹. Os atributos essenciais e derivados da APS orientam a qualidade do modelo de cuidado nos

sistemas de saúde no mundo, sendo que os atributos essenciais (acesso de primeiro contato, longitudinalidade, integralidade, coordenação da atenção) estruturam as ações da APS e os derivados (orientação familiar e comunitária e competência cultural) qualificam essas ações²⁻³.

O atributo acesso de primeiro contato do indivíduo com o sistema de saúde implica na acessibilidade e utilização do serviço a cada novo problema ou episódio de um problema pelo qual as pessoas buscam atenção à saúde. Ao garantir que todos tenham acesso fácil e oportuno aos serviços de saúde, o sistema pode melhorar significativamente os resultados em saúde da população, promovendo uma abordagem mais integrada e eficaz no cuidado à saúde²⁻³.

A avaliação da presença e da extensão desse atributo é fundamental para definir um serviço realmente orientado para a APS, permitindo verificar a resolutividade e a efetividade da atenção sobre a saúde da população.⁴ A identificação das fragilidades que dificultam o funcionamento e a eficiência de políticas e programas nesse nível de atenção auxilia a reestruturar o serviço de forma a atender as necessidades de indivíduos e coletividades¹. Por isso, a satisfação dos usuários com os serviços deve ser considerada na avaliação e no planejamento das ações de APS⁵, visando a construção de uma nova perspectiva do cuidado e o fortalecimento do controle social⁶.

O crescente interesse em avaliar os avanços e obstáculos da APS tem contribuído para o desenvolvimento do Sistema Único de Saúde (SUS) e da Estratégia Saúde da Família (ESF) ao produzir evidências sobre o alcance da universalidade, integralidade e equidade³. Nesse sentido, o *Primary Care Assessment Tool* (PCATool) ou Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (PCATool-Brasil) validado no Brasil, é considerado o instrumento que mais se aproxima da proposta da ESF, sendo, portanto, adequado para mensurar a presença e extensão dos atributos essenciais e derivados da APS⁷. Ferramentas como essas são importantes para avaliar os resultados e a qualidade da assistência e servem como parâmetro para gestores e profissionais⁸.

No contexto da APS, os profissionais de saúde executam papel fundamental de assegurar o acesso de primeiro contato e a qualidade do atendimento⁹ aos indivíduos, família e comunidade, necessitando dominar várias habilidades e competências¹⁰⁻¹². Apesar dos avanços significativos promovidos por políticas e programas voltados à ampliação do acesso e à consolidação do direito à saúde na APS, persistem desafios estruturais, como limitações físicas, escassez de recursos e insuficiência de profissionais, que podem comprometer a efetividade dessas estratégias¹.

Diante desse cenário, é fundamental compreender se as iniciativas implementadas realmente atendem às necessidades e expectativas dos usuários, considerando o acesso de

primeiro contato como atributo central para a efetividade da APS. Assim, este estudo se propõe a avaliar, sob a ótica dos usuários, como ocorre o acesso de primeiro contato nos serviços de APS, reconhecendo que sua perspectiva é fundamental para orientar melhorias e fortalecer a política pública de saúde. Nessa perspectiva, partiu-se da seguinte questão de pesquisa: qual a perspectiva de usuários a respeito do atributo acesso de primeiro contato na APS? O objetivo deste estudo foi avaliar o atributo de acesso de primeiro contato na perspectiva dos usuários da APS.

2 MÉTODO

Estudo quanti-qualitativo, descritivo, composto por duas etapas: quantitativa e qualitativa, respectivamente. O estudo foi desenvolvido nos Centros de Saúde da Família (CSF) de municípios do oeste de Santa Catarina. O município contava com 26 CSF e 61 equipes de saúde da família cadastradas, com uma cobertura populacional estimada da atenção básica de 100% e cobertura populacional da ESF de 89,24%.

Os participantes das duas etapas foram os usuários dos CSF, de acordo com os critérios de inclusão: maior de 18 anos de idade, usuário de uma das unidades de saúde do cenário de interesse e que tenha realizado pelo menos um atendimento nos últimos 12 meses. Foram excluídos usuários que referiram serviços particulares como fonte regular de atenção à saúde na etapa quantitativa.

A primeira etapa foi composta por um estudo transversal de natureza quantitativa, desenvolvido entre junho e dezembro de 2021. Realizada com 256 usuários, sendo utilizado cálculo amostral com base na população do município (no período, estimada em 220 mil habitantes, margem de erro de 5% e nível de confiança de 95%), considerando de 8 a 10 participantes por cada CSF do município. A abordagem dos participantes foi não-probabilística, quando os usuários compareceram nas unidades de saúde.

Utilizou-se para coleta de dados quantitativa o Instrumento de Avaliação da Atenção Primária – versão adulto reduzida (PCATool-Brasil)⁴, composto por 25 itens distribuídos em dez componentes relacionados aos atributos essenciais e derivados da APS, sendo as possíveis respostas uma escala *Likert* variando de “com certeza não” a “com certeza sim”. Optou-se pela versão reduzida devido ao período pós-pandemia da Covid-19 e retomada dos atendimentos nos serviços de saúde, visando a maior adesão dos usuários ao estudo. Esse estudo apresenta uma análise apenas do atributo acesso de primeiro contato (composto pelos componentes “utilização” – 1 item; e “acessibilidade” – dois itens)⁴. Utilização refere-se à

frequência com que o indivíduo busca o serviço de APS como primeiro local de cuidado, em situações de necessidade de saúde (novos problemas, acompanhamento, orientações, entre outros). Este componente investiga se o serviço é o ponto de entrada preferencial para atendimento à saúde. Já a acessibilidade diz respeito à facilidade de obtenção de cuidados de saúde quando necessário, levando em consideração fatores como horários de funcionamento, facilidade de marcação de consultas, tempo de espera, atendimento sem agendamento, entre outros. Busca avaliar se existem barreiras que dificultam ou facilitam o acesso do usuário ao serviço no momento em que ele precisa.

Os dados foram organizados em uma planilha do software Excel (Microsoft®) e posteriormente importados para o programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 20.0 para realização da análise do banco de dados. Foi utilizada a estatística descritiva, na qual as variáveis categóricas foram expressas em frequência absoluta e relativas e as variáveis quantitativas em média e desvio padrão.

A segunda etapa de abordagem qualitativa, descritiva, ocorreu de novembro a dezembro de 2022 em sete CSF do município selecionados aleatoriamente, após a primeira etapa (quantitativa) do projeto matricial. Totalizaram 13 usuários participantes, mediante critério de saturação, com idade entre 18 e 75 anos, de ambos os sexos. Considerou-se os mesmos critérios de inclusão da etapa quantitativa. Todas as entrevistas foram utilizadas para obtenção de dados e nenhuma necessitou ser repetida. Houve sete usuários abordados que se recusaram a participar devido a indisponibilidade de tempo.

Foram realizadas entrevistas individuais, em local reservado do serviço de saúde, com duração média de 15 minutos, sendo os usuários abordados aleatoriamente enquanto aguardavam atendimento nos cenários da pesquisa, sendo apresentado o entrevistador e objetivo da pesquisa. Antes de iniciar a entrevista, a pesquisadora apresentava o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), o qual o participante assinava e recebia uma cópia.

Para a etapa qualitativa da coleta de dados foi utilizado um roteiro de entrevista contendo questões de caracterização dos participantes (sexo, idade e escolaridade) e questões abertas validadas em teste-piloto. Sobre o atributo acesso de primeiro contato, recorte deste estudo, desenvolveram-se as seguintes questões: Você consegue acessar a UBS quando necessita? Quais as facilidades e dificuldades para conseguir atendimento? Como você percebe a adequação da estrutura da unidade em relação a sinalização, a localização e os materiais disponibilizados? As entrevistas foram realizadas por uma acadêmica de enfermagem devidamente treinada para a aplicação do roteiro. A entrevista foi audiogravada e

transcrita para posterior tratamento dos dados e realização da análise temática pelos pesquisadores¹³, utilizando o software IRaMuTeQ. As categorias da análise temática foram pré-definidas em facilidades e dificuldades em relação aos dois componentes do atributo (acessibilidade e utilização do serviço), de modo a convergir os dados quantitativos e qualitativos.

O estudo seguiu os preceitos éticos previstos na Resolução 466/2011 sendo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob parecer nº 4.150.955 em 13 de julho de 2020. Para identificação dos trechos de fala utilizou a letra "U" de usuários e o número de ordem da entrevista (U1, U2, ...), buscando-se preservar o anonimato.

3 RESULTADOS

O estudo contou com a participação de 256 usuários, houve prevalência do sexo feminino (n=174; 67,9%), cor branca (n=159; 62,1%), ensino médio (n=106; 41,4%), com companheiro(a) (n=156; 60,9%) e, pelo menos, um filho (n=202; 78,9%). Afirmaram ainda ter vínculo empregatício (n=161; 62,8%) e possuíam algum problema de saúde que necessitasse de acompanhamento regular (n=125; 48,8%), prevalecendo a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS).

Na etapa quantitativa, os usuários avaliaram satisfatoriamente o acesso de primeiro contato, sendo possível observar a distribuição das três questões respondidas pelos usuários no que tange ao atributo e seus dois componentes: utilização e acessibilidade, de acordo com o PCATool-Brasil. Analisando os percentis, evidencia-se que os usuários utilizam o serviço de APS, mas percebem obstáculos no acesso, com uso parcial de ferramentas de comunicação e dificuldades de conseguir atendimento médico.

Tabela 1 - Respostas discriminadas dos itens do atributo acesso de primeiro contato do PCATool-Brasil, Santa Catarina, Brasil, 2021. (n=256)

Componente	Com	Provavelmente	Provavelmente	Com
	certeza	não	sim	certeza sim
	não	n(%)	n(%)	n(%)
	n(%)			
Acesso primeiro contato - Utilização				
B2. Quando você tem um novo problema de saúde, você vai ao(à) “serviço de	14(5,5)	15(5,9)	49(19,1)	178(69,5)

saúde/médico(a)/enfermeiro(a)” antes de ir a outro serviço de saúde?

Acesso primeiro contato - Acessibilidade

C4. Quando o(a) “serviço de saúde” está aberto(a), você consegue aconselhamento rápido pelo telefone ou por ferramenta de comunicação virtual (ex.: WhatsApp, Telegram, E-mail, etc) se precisar? 55(21,5) 58(22,7) 49(19,1) **94(36,7)**

C11. É difícil para você conseguir atendimento médico no(a) “serviço de saúde” quando pensa que é necessário? 27(10,5) 27(10,5) 56(21,9) **146(57,0)**

Fonte: dados dos autores

Os resultados passaram por análises temáticas predefinidas para a etapa qualitativa, realizada com 13 usuários dos CSF do município. Dessa forma, na etapa qualitativa emergiram as facilidades e dificuldades em relação aos dois componentes do atributo.

Em relação ao componente “utilização” do CSF como primeiro contato, os usuários referem que procuram a unidade de APS diante de uma necessidade em saúde e são bem atendidos, confirmando o resultado satisfatório da etapa quantitativa. Como facilidade, é elogiada a prestatividade dos profissionais do serviço, com interesse na resolutividade da atenção em saúde.

Todas as vezes que eu precisei atendeu a minha necessidade. (U2)

Eu tenho acesso, [...] a gente vem direto aqui quando precisa porque é atendido na hora sempre [...] o atendimento é ótimo, tem facilidade para chegar aqui. [...] sempre fomos atendidos rápidos. [...] o pessoal que atendeu parecia que tinha interesse mesmo em ajudar a gente, parecia que eram gente da casa. Temos que agradecer, nota 10 não, nota 11, que continue assim, nem precisa melhorar. (U7)

Tá bom, sempre conseguimos quando precisamos porque eu moro no interior, eles sempre nos atendem bem. (U5)

Sobre o componente “acessibilidade”, emergiu a adequação da estrutura física e ambiência do CSF. Como facilidade ao acesso, os usuários reconhecem a localização adequada das unidades de saúde, pois encontram-se próximas a pontos de referência dos bairros, com pontos de ônibus ou em ruas com vagas para estacionar. A sinalização foi considerada adequada também, já que as unidades possuem placas para indicar o fluxo dentro da UBS ou quando não estão claras, o usuário recebe orientação dos profissionais. Além disso, a disponibilidade de insumos de medicamentos e materiais para o cuidado em saúde, foi apontado como uma potencialidade do serviço.

Pela orientação, ali na recepção, eles vão orientando a gente também né, tipo questão de sinalização mesmo, não tem, mas a parte de orientação tu se informa ali na recepção que eles te indicam né. [...] O que eu preciso, assim, tem. (U3)

Eu tomo remédio controlado e sempre que eu venho tem aqui graças a Deus (U5)

Qualquer dúvida a turma da portaria ali e já falam ‘vai ali, vai aqui’, então além de sinalizado, o atendimento completa o resto. (U7)

Tudo sinalizado, tudo bem tranquilo, muito bom mesmo, aqui tá de parabéns. [...] é bem perto da minha casa, eu venho a pé tranquilo e é bem fácil, aqui tem os banquinhos para ficar esperando, claro que algumas às vezes ficam de pé porque são muitas pessoas que vem, mas é bem tranquilo. [...] às vezes que eu vim sempre tem, nunca faltou, fiz os exames que precisava fazer aqui também, bem tranquilo, não precisa se deslocar para outros lugares para fazer exames isso é muito bom. (U10)

É sinalizada. [...] bem localizado, tem três pontos de lotação perto. [...] Tanto remédio ou tudo que eles usam lá dentro é bom. (U12)

Uma facilidade apontada ao componente “acessibilidade” foi a existência de ferramentas de comunicação como o telefone e o aplicativo de mensagens, convergindo com a etapa quantitativa, apesar do percentil ter sido o mais baixo do atributo. Entretanto, alguns usuários apontaram como dificuldade as fragilidades no uso dessas tecnologias com efetividade parcial, já que não há um meio de comunicação padrão. Dessa forma, o contato presencial ainda é apontado como o mais comum pelos usuários, seja se deslocando até a unidade ou via Agente Comunitário de Saúde (ACS) durante as visitas domiciliares.

Pelo WhatsApp ou pelo telefone também. (U5)

Acredito eu que o telefone né, acredito que deveria ter mais pessoas para atender telefone, o quesito do WhatsApp também se tem se né, se fosse pra ter que funcionasse né, pois ter e não funcionar para gente não adianta nada e a parte de ter mais profissionais acredito que ajudaria muito e supriria as necessidades da população. Geralmente, eu venho na unidade. [...] (U2)

Geralmente, me comunico com a agente de saúde, ela que me leva os exames e tudo, tem o WhatsApp dela. (U6)

Mais o telefone mesmo, o fixo né, liga quando precisa de alguma informação. (U10)

Por telefone nunca ligam, eles mandam a agente [ACS] em casa. (U11)

Entre as dificuldades do componente “acessibilidade”, os usuários relataram a dificuldade de conseguir vaga com médico, necessitando chegar cedo na unidade devido ao número de fichas, o que ratifica os resultados da etapa quantitativa. Os usuários alegam a desproporção da população na área adscrita ao número de profissionais na equipe de saúde da família, o que causa dificuldades no atendimento. Além disso, foi apontada a demora para exames e encaminhamentos de especialidades.

Tem que chegar cedo para conseguir uma vaga para consultar com o médico se não só com a enfermeira. (U1)

Demora para fazer os pedidos de exame, eu acredito que poderia ser mais rápido né. (U2)

A dificuldade é que ela abrange uma área muito grande, então tem muitos pacientes, às vezes a gente vem e fica na fila né por 1 hora ou 2 horas e às vezes acaba não conseguindo atendimento ou agendamento. [...] Tem exames mais específicos que a demora é muito grande, inclusive eu precisei fazer uma cirurgia, acabei fazendo ela particular, pois não teve como aguardar a marcação. (U6)

4 DISCUSSÃO

A adoção da percepção do usuário na avaliação de serviços de saúde tem sido valorizada e relacionada à maior adequação do uso dos serviços. Nas últimas décadas, tem-se dado visibilidade à participação dos usuários nos processos avaliativos, especialmente na APS, uma vez que permite intervenções mais adequadas para solucionar problemas presentes no cotidiano dos serviços, propiciando avanços no âmbito da produção de cuidados e gestão de serviços de saúde¹⁴.

Na etapa quantitativa do presente estudo, o componente “utilização” foi avaliado positivamente, sendo corroborado pela afirmação positiva da etapa qualitativa em relação a conseguir acessar a unidade quando necessita. Em consonância a esses dados, estudos realizados em Recife¹⁴, Fortaleza¹⁵, Florianópolis¹⁶ e Distrito Federal¹⁷ corroboram com a avaliação desse componente, demonstrando que os usuários utilizam os serviços de APS quando possuem alguma necessidade em saúde, ou seja, a APS está cumprindo o seu papel de porta de entrada do sistema de saúde.

O componente “acessibilidade” do atributo acesso de primeiro contato na etapa quantitativa também foi avaliado positivamente, apesar de seus percentis serem menores, especialmente na questão sobre uso de ferramentas para comunicação de forma rápida para aconselhamento, indicando que ainda pode ser qualificado. Os mesmos estudos citados anteriormente, apresentaram resultados insatisfatórios para esse componente¹⁴⁻¹⁷.

Os resultados apontam que existem fragilidades na APS quanto à acessibilidade para as demandas dos usuários. As principais dificuldades que os usuários encontram ao acessar a APS são relacionadas aos horários, devido ao trabalho ou escola, além da dificuldade de agendar consultas quando necessita. Aliado a isso, a dificuldade do serviço em resolver o problema e o tempo de espera maior que 30 minutos para atendimento em consulta, motivam a evasão nos serviços visto a incapacidade de resolutividade nas demandas de saúde requeridas pela população⁷.

Esses resultados sugerem que, apesar de as pessoas utilizarem a APS, há dificuldades relacionadas à acessibilidade desses serviços. Acesso não significa apenas a entrada do usuário no sistema de saúde ou a disponibilidade de serviços e recursos em determinado tempo e espaço, e sim o ajuste entre as necessidades da população e a presente oferta desses serviços¹⁶.

As dificuldades de acesso de acordo com o presente estudo podem estar relacionadas à desproporção da população na área adscrita, a carência de ferramentas de comunicação, a demora de exames e encaminhamentos e falta de preparo de profissionais para atender o público. Desse modo, muitos usuários quando necessitam do serviço de saúde, acabam por procurar a atenção secundária ou terciária, com a ideia de uma consulta mais rápida e eficaz, o que sobrecarrega o sistema e prejudica a efetividade da APS. Os serviços da APS devem ser os ordenadores do cuidado no sistema de saúde, atuando como a porta de entrada para os demais níveis de complexidade¹⁸. Sendo responsável pela resolutividade de cerca de 80% dos problemas de saúde¹⁹.

Outra questão a ser discutida é a carência de ferramentas de comunicação na APS, o que dificulta o acesso à informação. A utilização de tecnologias de informação e comunicação em saúde tem sido ampliado nos últimos anos, de forma a dinamizar o fluxo das informações, como suporte para os processos de trabalho na APS²⁰, para isso são necessários equipamentos, mas também treinamento das equipes e suporte digital, além de uma rede de internet de qualidade.

A demora de exames e encaminhamentos é uma demanda que dificulta o acesso ao cuidado na APS, que resulta na procura por atendimento particular, desistência do tratamento ou agravamento das condições de saúde. A resolutividade pode variar no tempo e no espaço, segundo a presença de recursos disponíveis e qualidade assistencial, como encaminhamento ineficaz, falta de médicos, demora em receber atendimentos, dificuldades para apoio diagnóstico, inexistência de um trabalho em rede, entre outros²¹. Assim, o conjunto destes aspectos precisam ser levados em consideração para que APS possa de fato se fortalecer e atuar segundo seus princípios e diretrizes.

Um dos motivos para a demora e dificuldade de retorno pelos profissionais aos usuários pode estar relacionado a sobrecarga de trabalho, baixos salários, falha na comunicação, ausência de funcionários, entre outros²². A facilidade de comunicação entre usuário e o profissional é primordial no atendimento na APS, podendo ser desenvolvida por meio da linguagem verbal e não verbal, que permeiam todo o processo de interação entre os indivíduos. Para se promover uma relação terapêutica, é preciso estimular a comunicação de

forma a valorizar as solicitações e necessidades dos envolvidos, buscando elementos norteadores das práticas de saúde em prol do cuidado, valorizando a singularidade de cada usuário²³.

Essas dificuldades da acessibilidade não prejudicam apenas a avaliação do usuário, mas principalmente seu vínculo com a unidade. O usuário precisa reconhecer a unidade como sua referência, procurando-a sempre que necessário, porém essa unidade precisa atender as demandas de saúde do seu usuário para que ele retorne quando precisar²³.

Embora seja preciso reconhecer as dificuldades e corrigi-las, há muitos pontos favoráveis à acessibilidade, o que justifica a avaliação satisfatória. A localização das unidades, bem como a sinalização e disposição de materiais e medicamentos e a facilidade de comunicação, foram trazidos como facilitadores do acesso à APS. A estrutura e o próprio modelo assistencial da APS dependem não apenas de como são alocados os serviços, mas como são organizadas territorialmente suas ações, sobretudo as ações de prevenção de agravos e promoção da saúde. Por isso, mais do que apenas delimitar territórios, deve haver uma relação de vínculo e pertencimento entre a população e as equipes²⁴, sendo relacionada a compreensão do usuário sobre o fluxo de funcionamento do serviço de maneira eficaz.

5 CONCLUSÃO

O estudo permitiu avaliar o atributo acesso de primeiro contato na perspectiva dos usuários da APS, sendo que se identificou a convergência do componente “utilização” nas etapas quantitativa e qualitativa, esclarecendo que os usuários consideram a APS como porta de entrada do sistema de saúde, e que apesar de algumas fragilidades, conseguem atendimento quando necessário.

Em relação aos elementos que limitam ou reduzem a avaliação positiva do componente “acessibilidade”, foi possível identificar que esses estão relacionados ao contato com o profissional frente a organização do processo de trabalho, o que reforça a importância de estratégias e/ou ferramentas que qualifiquem a APS, bem como limites nas ferramentas de apoio e comunicação utilizadas. Como fragilidades emergiram a desproporção da população na área adscrita, a carência de ferramentas de comunicação eficazes, a demora de exames e encaminhamentos especializados, sendo necessário que o sistema se torne mais ágil e menos burocrático. Os resultados podem guiar profissionais de saúde e gestores locais na busca por estratégias de fortalecimento da APS, priorizando a acessibilidade dos usuários, e visando a atenção integral de indivíduos, família e comunidade. Permitindo também que se possa

melhorar ou repensar as ações no âmbito da ESF, especialmente no que se refere à qualificação do acolhimento.

As limitações do estudo estão relacionadas no que tange a generalização dos dados e ao período pós pandêmico da Covid-19 que dificultou a adesão dos usuários da APS à pesquisa por receio de interferência no atendimento, bem como dados de uma realidade específica. Contudo, os achados contribuem para área da saúde pública, mostram que para fortalecer o acesso aos serviços da APS é preciso estratégias para melhorar a qualidade e satisfação dos usuários, entre elas: ampliação do horário de atendimento, busca pela cobertura total das ESF no território, capacitação de profissionais, qualificar as ferramentas de comunicação entre as equipes e usuários, contratação de mais profissionais e planejamento de expansão de estrutura, equipamentos e materiais para o atendimento de qualidade. Além disso, investir na utilização de melhores práticas visando a qualificação dos índices de saúde e continuidade da atenção.

Ademais, reforça-se a relevância de pesquisas que permitam a avaliação da qualidade da APS, especialmente na perspectiva dos usuários, para que os atributos possam ser efetivamente aplicados, construindo assim para uma APS mais resolutiva.

REFERÊNCIAS

1. Vasconcelos MIO, Xavier ALC, Nascimento MN, Cavalcante YA, Rocha SP, Gomes JS. Avaliação da resolutividade e efetividade da Atenção Primária à Saúde: revisão integrativa de literatura. *Sanare - Rev Polit Publicas*. 2018;17(1):65-73. DOI: <https://doi.org/10.36925/sanare.v17i1.1224>
2. Starfield B. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: Ministério da Saúde, UNESCO; 2002.
3. Facchini LA, Tomasi E, Dilélio AS. Qualidade da Atenção Primária à Saúde no Brasil: avanços, desafios e perspectivas. *Saude Debate*. 2018; 42(spe1):208-23. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S114>
4. Ministério da Saúde. *PCATool Brasil 2020: manual do instrumento de avaliação da Atenção Primária à Saúde*. Brasil: MS; 2020. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/30_JUN_versao_preliminar_PCATOOL_2020.pdf
5. Cantalino JLR, Scherer MDS, Soratto J, Schäfer AA, Anjos DSO. Satisfação dos usuários em relação aos serviços de Atenção Primária à Saúde no Brasil. *Rev Saude Publica*. 2021;55(22):1-10. DOI: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2021055002533>
6. Gontijo TL, Duarte AGS, Guimarães EAA, Silva J. Avaliação da atenção primária: o ponto de vista de usuários. *Saude Debate*. 2017;41(114):741-52. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201711406>

7. Alves A do N, Coura AS, França ISX de, Magalhães IM de O, Rocha MA, Araújo R da S. Acesso de primeiro contato na atenção primária: uma avaliação pela população masculina. Rev Bras Epidemiol. 2020;23:e200072. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-549720200072>
8. Costa MA, Alves MTSS de B e, Branco RMPC, Castro WEC, Ramos CAM. Avaliação da qualidade dos serviços de Atenção Primária à Saúde no município de São José de Ribamar, Maranhão, Brasil. Interface (Botucatu). 2020;24:e190628. DOI: <https://doi.org/10.1590/Interface.190628>
9. Mattos JCO, Balsanelli AP A liderança do Enfermeiro na Atenção Primária à Saúde: revisão integrativa. Enferm Foco 2019;10(4):164-170. DOI: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2019.v10.n4.2618>
10. Pires RD, Lucena AD, Mantesso JB. Atuação do enfermeiro na atenção primária à saúde (APS): uma revisão integrativa da literatura. Rev Cient Enferm. 2022;12(37):107-14. DOI: <https://doi.org/10.24276/rrecien2022.12.37.107-114>
11. Ferreira SR, Périco LA, Dias VR. A complexidade do trabalho do enfermeiro na Atenção Primária à Saúde. Rev Bras Enferm. 2018;71(sup11):752-7. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0471>
12. Barros RD de, Aquino R, Souza LEPF. Evolução da estrutura e resultados da Atenção Primária à Saúde no Brasil entre 2008 e 2019. Cienc Saude Coletiva. 2022;27(11):4289–301. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812320222711.02272022>
13. Minayo MC. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 14ª ed. São Paulo: Hucitec Editora; 2014.
14. Freitas CG, Silva TC, Gomes ND. Avaliação da rede de atenção primária do município de Recife – PE sob a ótica de um grupo de usuários. Rev Atenção Saude. 2021;19(67):314-28. DOI: <https://doi.org/10.13037/ras.vol19n67.7566>
15. Costa LB, Mota MV, Porto MM, Fernandes CS, Santos ET, Oliveira JP, et al. Avaliação da qualidade da Atenção Primária à Saúde em Fortaleza, Brasil, na perspectiva dos usuários adultos no ano de 2019. Rev Cienc Saude Coletiva. 2021;26(6):2083-96. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021266.39722020>
16. Vidal TB, Tesser CD, Harzheim E, Fontanive PV. Avaliação do desempenho da Atenção Primária à Saúde em Florianópolis, Santa Catarina, 2012: estudo transversal de base populacional. Epidemiol Serv Saude. 2018;27(4):1-10. DOI: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742018000400006>
17. Macedo VL, Vieira LF, Neves RD, Leandro SS. Avaliação da Estratégia Saúde da Família em São Sebastião - Distrito Federal. Enferm Foco. 2019;10(2):15-21. DOI: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2019.v10.n3.2330>
18. Gomes AM. Atenção Básica na saúde dos municípios de Campos dos Goytacazes e Quissamã: análise da efetividade das diretrizes preconizadas pelo Ministério da Saúde [dissertação]. Campos dos Goytacazes: Universidade Federal Fluminense; 2020. Disponível em: <https://app.uff.br/riuff/handle/1/22536>
19. Medeiros AD. Complicações crônicas decorrentes da Diabetes Mellitus sensíveis à Atenção Primária à Saúde no Rio Grande do Norte: um estudo de série histórica [monografia]. Caicó: Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 2022. 33 p. Disponível em:

https://repositorio.ufrn.br/bitstream/123456789/47056/1/ComplicaçõesCrônicasDecorrentesDiabetes_Medeiros_2022.pdf

20. Silva AR, Mota HS, Linhares KM, Menezes RL, Sá TF, Nascimento CJ. Utilização de ferramentas audiovisuais para educação em saúde na atenção primária. *Rev Saude.com.* 2021;17(4):2485-9. DOI: <https://doi.org/10.22481/rsc.v17i4.8455>
21. Pires RD, Lucena AD, Mantesso JB, Fortaleza CS. Avaliação da resolutividade na atenção primária à saúde: uma revisão integrativa sobre os atendimentos através da estratégia saúde da família no Brasil. *Rev Ibero-Am Humanid Cienc Educ.* 2023;9(1):47-69. DOI: <https://doi.org/10.51891/rease.v9i1.8137>
22. Milanez TC, Soratto J, Ferraz F, Vitali MM, Tomasi CD, Sorato MT, Bittencourt LT. Satisfação e insatisfação na Estratégia Saúde da Família: potencialidades a serem exploradas, fragilidades a serem dirimidas. *Cad Saude Coletiva.* 2018;26(2):184-90. DOI: <https://doi.org/10.1590/1414-462X201800020246>
23. Santos RO, Romano VF, Engstrom EM. Vínculo longitudinal na Saúde da Família: construção fundamentada no modelo de atenção, práticas interpessoais e organização dos serviços. *Rev Saude Coletiva.* 2018;28(2):1-16. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312018280206>
24. Faria RM. A territorialização da Atenção Básica à Saúde do Sistema Único de Saúde do Brasil. *Rev Cienc Saude Coletiva.* 2020;25(11):4521-30. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812320202511.30662018>

Qualidade dos serviços de saúde bucal sob a perspectiva dos usuários da atenção primária e secundária

Quality of oral health care services from the perspective of primary and secondary care users

Calidad de los servicios de salud bucodental desde la perspectiva de los usuarios de atención primaria y secundaria

Diego Ramos Aguiar¹

Anya Pimentel Gomes Fernandes Vieira-Meyer²

Paola Gondim Calvasina³

Diógenes Farias Gomes⁴

Roberto Wagner Júnior Freire de Freitas⁵

Sharmênia de Araújo Soares Nuto⁶

RESUMO

Introdução: A avaliação da qualidade da assistência na saúde bucal é uma importante ferramenta no planejamento e na gestão dos serviços e sistemas de saúde. **Objetivo:** Avaliar a qualidade dos serviços de saúde bucal ofertados na atenção primária e secundária na perspectiva da satisfação dos usuários. **Metodologia:** Trata-se de um estudo observacional, transversal, analítico-descritivo. Entrevistamos 248 usuários atendidos nos Centros de Saúde da Família de Sobral da zona urbana e 243 no Centro de Especialidades Odontológicas Regional de Sobral, totalizando 491 entrevistados, no período novembro de 2021 a fevereiro de 2022. Coletamos informações sobre condições socioeconômicas, demográficas e aplicamos o questionário de Avaliação da Qualidade dos Serviços de Saúde Bucal (QASSaB). Medidas de frequência e associação foram estimadas. Os dados foram analisados utilizando o STATA 13.0, com nível de significância estatística de 95%. **Resultados:** A maioria dos entrevistados era do sexo feminino (n=356; 72,51%), com idade média de 31,52 (DP=13,82) e renda de ≤ 2 SM (n=188; 38,29%). Avaliações positivas dos serviços ocorreram nas dimensões ambiente físico, relações humanas, aceitabilidade, eficiência, equidade, e qualidade técnico-científica; porém, disponibilidade do serviço e eficácia foram avaliadas negativamente. **Conclusão:** Os usuários estudados reportaram alta satisfação com os serviços de saúde oferecidos no CSF e CEO

Palavras-chave: Saúde Bucal, Satisfação do Paciente, Avaliação em Saúde.

ABSTRACT

Introduction: Evaluating the quality of oral health care is an important tool in the planning and management of health services and systems. **Objective:** To evaluate the quality of oral health services offered in primary and secondary care from the perspective of user

satisfaction. **Methodology:** This is an observational, cross-sectional, analytical-descriptive study. We interviewed 248 users served at the Family Health Centers in the urban area of Sobral and 243 at the Regional Dental Specialties Center of Sobral, totaling 491 interviewees, between November 2021 and February 2022. We collected information on socioeconomic and demographic conditions and applied the Oral Health Services Quality Assessment Questionnaire (QASSaB). Measures of frequency and association were estimated. Data were analyzed using STATA 13.0, with a statistical significance level of 95%. Results: The majority of respondents were female (n=356; 72.51%), with a mean age of 31.52 (SD=13.82) and income of ≤ 2 minimum wages (n=188; 38.29%). Positive evaluations of the services occurred in the dimensions of physical environment, human relations, acceptability, efficiency, equity, and technical-scientific quality; however, service availability and effectiveness were negatively evaluated. **Conclusion:** The users studied reported high satisfaction with the health services offered at the CSF and CEO.

Keywords: Oral Health, Patient Satisfaction, Health Assessment.

RESUMEN

Introducción: Evaluar la calidad de la atención bucodental es una herramienta importante en la planificación y gestión de los servicios y sistemas de salud. Objetivo: Evaluar la calidad de los servicios bucodentales ofrecidos en atención primaria y secundaria desde la perspectiva de la satisfacción del usuario. **Metodología:** Se trata de un estudio observacional, transversal, analítico-descriptivo. Entrevistamos a 248 usuarios atendidos en los Centros de Salud Familiar del área urbana de Sobral y a 243 en el Centro Regional de Especialidades Dentales de Sobral, totalizando 491 entrevistados, entre noviembre de 2021 y febrero de 2022. Recopilamos información sobre condiciones socioeconómicas y demográficas y aplicamos el Cuestionario de Evaluación de la Calidad de los Servicios de Salud Bucodental (QASSaB). Se estimaron medidas de frecuencia y asociación. Los datos se analizaron utilizando STATA 13.0, con un nivel de significancia estadística del 95%. Resultados: La mayoría de los encuestados fueron mujeres (n=356; 72,51%), con una edad media de 31,52 años (DE=13,82) e ingresos de ≤ 2 salarios mínimos (n=188; 38,29%). Se observaron evaluaciones positivas de los servicios en las dimensiones de entorno físico, relaciones humanas, aceptabilidad, eficiencia, equidad y calidad técnico-científica; sin embargo, la disponibilidad y efectividad del servicio fueron evaluadas negativamente. **Conclusión:** Los usuarios estudiados manifestaron una alta satisfacción con los servicios de salud ofrecidos en el CSF y el CEO.

Palabras-clave: Salud bucal, satisfacción del paciente, evaluación de la salud.

1 INTRODUÇÃO

Uma das formas de avaliar os serviços de saúde é por meio da percepção dos usuários. A partir do final da década de 1970, tanto na Europa quanto nos Estados Unidos da América (EUA), vários movimentos deram aos pacientes um novo lugar na avaliação dos serviços de saúde. Aos poucos, o termo “satisfação do usuário” passou a denominar um conjunto amplo e

heterogêneo de pesquisas, com o objetivo de conhecer a opinião dos usuários de serviços de modo geral, assim como nas pesquisas de avaliação em saúde.¹

Na década de 1980, Donabedian² incorporou a noção de satisfação do paciente como um dos elementos da avaliação da qualidade em saúde, definindo parâmetros de mensuração específicos para esse grupo. A partir desse momento, a satisfação do paciente passou a ser considerada um componente fundamental em estudos de avaliação da qualidade, sendo um objetivo em si mesma, e não apenas uma forma de mensurar a adesão do paciente ao tratamento, como frequentemente ocorria em estudos das décadas anteriores.^{1,2}

A Odontologia no Brasil, em seu contexto histórico, teve sua prática voltada para o setor privado. A esfera pública, que até os anos 1950 limitava-se à regulação da prática profissional, progressivamente passou a oferecer assistência odontológica apenas aos escolares, enquanto o restante da população permanecia excluído e dependente de serviços meramente curativos e mutiladores. Por aproximadamente cinquenta anos, a população brasileira esteve desassistida no que se refere às ações e aos serviços públicos odontológicos.^{3,4}

Em resposta a essa ausência de assistência, o Governo Federal criou, em 2004, a Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), também denominada Brasil Sorridente, assumindo importante papel na indução do crescimento da oferta de serviços de saúde bucal nos municípios e estados. Para isso, estabeleceu linhas de financiamento específicas destinadas à criação de novas Equipes de Saúde Bucal (eSB), à construção e implementação de centros de atenção secundária e terciária, entre outras ações, tornando o Brasil Sorridente uma das maiores políticas públicas de saúde bucal do mundo.⁵

Com a implantação da PNSB, houve significativa expansão das eSB na Estratégia Saúde da Família (ESF), assim como a implantação dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), em razão da desproporção existente entre a oferta de procedimentos odontológicos básicos e especializados.⁶

Visando à integralidade do cuidado e à garantia do acesso ao serviço odontológico, ampliou-se o número de eSB, de modo que estivessem articuladas às equipes da ESF e distribuídas por todo o território nacional. Antes da Política, em 2003, existiam 6.170 equipes de saúde bucal em 2.787 municípios.⁷ Em 2019, esse número aumentou para 26.655 equipes presentes em 5.043 municípios brasileiros. Dessa forma, cerca de 90,53% dos municípios do país passaram a contar com, pelo menos, uma das principais linhas de ação da Política Nacional de Saúde Bucal.⁸

No âmbito da implantação da PNSB, destaca-se a estruturação dos CEO, unidades de referência para a Atenção Primária à Saúde, integradas ao processo de planejamento loco-regional e responsáveis por ofertar, minimamente, as especialidades de periodontia, endodontia, atendimento a pessoas com necessidades especiais, diagnóstico bucal e cirurgia oral menor.⁹ Esses serviços tornaram-se uma importante estratégia para a garantia da integralidade da atenção em saúde bucal.¹⁰

Desse modo, a avaliação da qualidade da assistência em saúde bucal constitui importante ferramenta para o planejamento e a gestão dos serviços e sistemas de saúde. A análise da satisfação sob a perspectiva dos usuários abrange desde a percepção individual em relação à saúde até as experiências vivenciadas nos serviços, permitindo maior adequação e qualificação da assistência prestada de acordo com as necessidades da população.^{11,12}

Nesse sentido, o presente estudo teve como objetivo avaliar a qualidade dos serviços de saúde bucal ofertados na atenção primária e secundária, sob a perspectiva da satisfação dos usuários.

2 DESENVOLVIMENTO

Ocorreram diferenças estatisticamente significativas entre usuários da atenção primária (CSF) e atenção secundária (CEO) por sexo, faixa etária, estado marital, escolaridade, renda familiar e tipo de moradia ($p < 0,05$). Cabe destacar a diferença apresentada entre usuários dos dois serviços em relação a renda familiar. Enquanto no CSF a maior proporção dos usuários possui uma renda de 2 salários-mínimos ($n=133$; 53,63%), os participantes do CEO-R possuíam uma renda familiar de até 1 salário-mínimo (Tabela 1).

Na tabela 2, foram agrupadas cinco dimensões: 1) disponibilidade dos serviços, 2) resolatividade; 3) ambiente físico do serviço-limpeza; 4) relação com profissionais de saúde e por fim; 5) relações humanas (relação dentista/paciente), nos quais estão descritos os resultados referentes à satisfação dos usuários dos serviços de saúde bucal do CSF e CEO. Realizada uma análise comparativa entre o serviço de saúde bucal da CSF e o serviço de saúde bucal especializado do CEO, todas dimensões do QASSaB supracitadas apresentaram diferenças estatisticamente significativas.

No que se refere a dimensão disponibilidade de serviços nas questões de obtenção de vagas podemos observar que uma maior proporção de usuários avaliou o CEO como “difícil” ou “muito difícil” ($n=93$; 38,43%), em comparação com o CSF ($n=77$; 31,05%). Já na questão de intervalo de tempo para marcação entre consultas uma maior proporção de usuários do

CSF (n=128-51,61%) considerou “longo” ou “muito longo” o intervalo de marcação de consultas comparado com o CEO (n=35, 15,49%) (Tabela 2).

Na dimensão resolutividade, questão problema resolvido, uma maior proporção de usuários avaliou o CEO (n=190; 78,51%) como local de melhor resolutividade do que o CSF (n=166; 66,94%). Em relação a dimensão ambiente físico do serviço e limpeza, observa-se também uma proporção maior de participantes da pesquisa que avaliam melhor o CSF do que o CEO. Mais de 90% dos participantes (n=203) consideram como “excelente” ou “boa” a limpeza da sala de espera, 88,75% (n=197) a limpeza do consultório, 80,85% (n=173) limpeza dos banheiros e 90,84% (n=446) sentem-se confortável/muito confortável ou totalmente confortável nos CSF e CEO (Tabela 2)

No tocante à dimensão, relações humanas (dentista x paciente), no quesito tratamento do dentista e grau de confiança, mais de 90% dos participantes avaliaram melhor o CEO-R (n=240; 99,59%; n=237; 98,34%,) (Tabela 2).

Na Tabela 3, foram agrupadas as cinco outras dimensões, nas quais são: qualidade técnico-científica dos equipamentos, eficiência, eficácia, equidade e aceitabilidade. As dimensões supracitadas do QASSaB apresentaram diferença estatisticamente significativa, porém, somente na dimensão eficácia (questão do uso de equipamentos de proteção individual) não apresentou diferença estatisticamente significativa.

No que tange a atualização tecnológica, na dimensão da qualidade técnico-científica, ambos os serviços foram bem avaliados; no entanto, uma maior proporção de usuários do CEO considerou o serviço supermoderno/moderno (n=212; 92,17%). Na dimensão eficácia, observa-se um alto percentual dos usuários, de ambos os serviços, CEO (n=235; 97,51%) e CSF (n=233; 93,95%), relatando “não sentir nada” ou “sentir pouco desconforto” durante o tratamento, entretanto observou-se que a maioria dos usuários do CSF (n=149; 60,32%) responderam que o dentista “raramente” ou “nunca” realiza prevenção das doenças bucais, já o contrário é verificado nos usuários do CEO (n=128; 58,45%) com a resposta de “sempre” ou “quase sempre” (Tabela 3).

Por sua vez, na dimensão aceitabilidade, cerca de 90% dos usuários de ambos os serviços, 92,39% (n=237) do CSF e 89,08% (n=212) do CEO referem que o dentista sempre explica ou na maioria das vezes explica a opção de tratamento. Por outro lado, quando questionados se o dentista pede a opinião sempre ou na maioria das vezes sobre o melhor horário ou dia da semana para a marcação de consultas, 78,48% (n=175) dos usuários do CEO reportaram que sempre ou na maioria das vezes em comparação com 44,35% (n=110) dos

usuários do CSF. Destaca-se uma maior proporção de usuários do CSF reportando que raras vezes ou nunca o dentista pede a opinião sobre horários de atendimento (n=131; 52,82%) (Tabela 3).

Quanto ao escore médio geral do QASSaB, numa escala que varia de 1 a 5, a média obtida foi 2,89 com desvio padrão de 0,04, enquanto uma média do CSF foi 2,93 e do CEO foi 2,84, sem diferença significativa entre os dois locais. Observa-se uma tendência de maior nível de satisfação do sexo masculino (3,02; DP=0,08), na faixa etária entre 51-85 anos (3,08; DP=0,11), com renda entre 2 a 3 salários (2,95; DP=0,06), moradores de casas alugadas (2,95; DP=0,09) e com universidade incompleta/completa e pós-graduação (2,95; DP=0,11) (Tabela 4).

Com o objetivo de conhecermos a frequência com que estão sendo utilizados os serviços públicos de saúde bucal e quais os motivos que levaram a utilizar o serviço, os usuários relataram que 248 (50,51%) tinha utilizado o serviço de 2 a 5 vezes, sendo destes 153(61,69%) do CSF e 95 (39,09%) do CEO. Já os entrevistados que afirmaram ter comparecido mais de 5 vezes somam-se 214 (43,58%), sendo destes 133(54,73%) do CEO e 81 (32,66%) do CSF. Os principais motivos que levaram a buscar os serviços na atenção primária foram: revisão/ prevenção (144-58,06%), dor (68-27,42%) e extração (32-12,90%), enquanto na atenção secundária os motivos são a busca de tratamentos especializados (239-98,35%) seguido de revisão/prevenção (3-1,23%) e extração (1-0,41%) (Os dados por serviço foram realizados em análise separada, não apresentados na Tabela 4).

Tabela 1 - Caracterização socioeconômica de usuários dos CSF da zona urbana de Sobral e do Centro de Especialidades Odontológicas Regional de Sobral. Sobral-CE, 2022.

Variáveis	Total		CSF		CEO-Sobral		p-valor
	N	%	n	%	n	%	
Gênero							
masculino	135	27,49	78	31,45	57	23,46	0,047
feminino	356	72,51	170	68,55	186	76,54	
Faixa etária (anos)							
18-30	281	57,23	161	64,92	120	49,38	0,000
31-50	149	30,35	54	21,77	95	39,09	
51-85	61	12,42	33	13,31	28	11,52	
Estado Marital							
solteiro (não mora com ninguém)	283	57,64	158	63,71	125	51,44	0,039
casado (mora com alguém)	194	39,51	85	34,27	109	44,86	
divorciado	10	2,04	3	1,21	7	2,88	
viúvo	4	0,81	2	0,81	2	0,82	

Escolaridade									
	Analfabeto	1	0,2	0	0	1	0,41	0,000	
	1º grau incompleto	24	4,89	4	1,61	20	8,23		
	1º grau completo	17	3,46	5	2,02	12	4,94		
	2º grau incompleto	43	8,76	23	9,27	20	8,23		
	2º grau completo	315	64,15	189	76,21	126	51,85		
	Universidade incompleta	63	12,83	22	8,87	41	16,87		Fonte:
	Universidade completa	26	5,3	5	2,02	21	8,64		Autores
	Pós-graduação	2	0,41	0	0	2	0,82		(2022).
Renda									
	1/2 SM	64	13,03	10	4,03	54	22,22	0,000	Tabela 2 - Avaliação comparativa da satisfação dos usuários dos CSF da zona urbana de Sobral e do Centro de
	até 1 SM	180	36,66	72	29,03	108	44,44		
	até 2 SM	188	38,29	133	53,63	55	22,63		
	até 3 SM	40	8,15	24	9,68	16	6,58		
	até 4 SM	6	1,22	2	0,81	4	1,65		
	5 ou mais 5 SM	1	0,2	0	0	1	0,41		
	não tem renda	12	2,49	7	2,82	5	2,06		
Tipo de Moradia									
	alugada	103	20,98	53	21,37	50	20,58	0,009	
	emprestada	17	3,46	2	0,81	15	6,17		
	cedida	6	1,22	2	0,81	4	1,65		
	própria	363	73,93	191	77,02	172	70,78		
	própria (financiada)	2	0,41	0	0	2	0,82		
Religião									
	cristão católico	405	82,48	210	84,68	195	80,25	0,223	
	cristão evangélico	52	10,59	21	8,47	31	12,76		
	espírita (kardecista)	3	0,61	0	0	3	1,23		
	matrizes africanas	1	0,2	1	0,4	0	0		
	Sem religião	23	4,68	13	5,24	10	4,12		
	Outra	7	1,43	3	1,21	4	1,65		

Especialidades Odontológicas Regional de Sobral nas dimensões de 1 a 5 (disponibilidade dos serviços; resolutividade; ambiente físico do serviço – limpeza; relação com profissionais de saúde; relações humanas). Sobral-CE, 2022.

Dimensões	Total		CSF		CEO Sobral		p-valor
	N	%	n	%	N	%	
Dimensão 1- Disponibilidade dos Serviços							
Obtenção de vaga							0,008
muito fácil/fácil (5/4)	147	30	67	27,02	80	33,06	
nem difícil nem fácil (3)	173	35,31	104	41,94	69	28,51	
difícil/muito difícil (2/1)	170	34,69	77	31,05	93	38,43	
Intervalo de tempo p/ marcação							0,000
muito curto/curto (5/4)	105	22,15	34	13,71	71	31,42	
nem longo nem curto (3)	206	43,46	86	34,68	120	53,1	
longo/muito longo (2/1)	163	34,39	128	51,61	35	15,49	
Tempo de espera entre a chegada e atendimento							0,000

muito curto/curto/ (5/4)	206	41,96	81	32,66	125	51,44	
nem longo nem curto (3)	205	41,75	102	41,13	103	42,39	
longo/muito longo (2/1)	80	16,29	65	26,21	15	6,17	
Dimensão 2 - Resolutividade							
Problema resolvido							0,004
muito bem resolvido/resolvido (5/4)	356	72,65	166	66,94	190	78,51	
mais ou menos resolvido (3)	92	18,78	48	19,35	44	18,18	
mal resolvido/não resolvido (2/1)	42	8,57	34	13,71	8	3,31	
Satisfação aparência dos dentes							0,000
totalmente satisfeito/muito satisfeito (5/4)	99	20,33	12	4,84	87	36,4	
satisfeito (3)	282	57,91	173	69,76	109	45,61	
pouco satisfeito/insatisfeito (2/1)	106	21,77	63	25,4	43	17,99	
Capacidade de mastigação							0,000
totalmente satisfeito/muito satisfeito (5/4)	55	11,22	12	4,84	43	17,77	
satisfeito (3)	306	62,45	179	72,18	127	52,48	
pouco satisfeito/insatisfeito (2/1)	129	26,33	57	22,98	72	29,75	
Dimensão 3 - Ambiente Físico do Serviço - Limpeza							
Limpeza recepção/sala de espera							0,000
excelente/boa (5/4)	444	90,43	203	81,85	241	99,18	
regular(3)	44	8,96	42	16,94	2	0,82	
ruim/péssima(2/1)	3	0,61	3	1,21	0	0	
Limpeza do consultório							0,000
excelente/boa(5/4)	434	88,75	197	79,44	237	98,34	
regular(3)	54	11,04	50	0,4	4	1,66	
ruim/péssima(2/1)	1	0,2	1	0,4	0	0	
Limpeza dos banheiros							0,000
excelente/boa (5/4)	342	80,85	173	73,31	169	90,37	
regular(3)	75	17,73	59	25	16	8,56	
ruim/péssima(2/1)	6	1,42	4	1,69	2	1,07	
Bem-estar no serviço							0,000
totalmente/muito confortável (5/4)	68	13,85	9	3,63	59	24,28	
confortável(3)	378	76,99	196	79,03	182	74,9	
pouco desconfortável/desconfortável (2/1)	45	9,16	43	17,34	2	0,82	
Dimensão 4 - Relação com Profissionais de Saúde							
Tratamento na recepção							0,000
excelente/bom (5/4)	354	72,1	125	50,40	229	94,24	
regular(3)	95	19,35	81	32,66	14	5,76	
ruim/péssima (2/1)	42	8,55	42	16,94	0	0	
Tratamento profissionais de saúde							0,000
excelente/bom (5/4)	442	90,39	202	82,11	240	98,77	
regular(3)	44	9	42	17,07	2	0,82	
ruim/péssima (2/1)	3	0,61	2	0,81	1	0,41	
Qualidade das informações							0,000

excelente/boa (5/4)	435	88,78	203	82,19	232	95,47	
regular(3)	51	10,41	42	17	9	3,7	
ruim/péssima (2/1)	4	0,82	2	0,81	2	0,82	
Dimensão 5 - Relações Humanas (dentista/paciente)							
Tratamento dentista							0,000
excelente/bom (5/4)	465	95,09	225	90,73	240	99,59	
regular(3)	24	4,91	23	9,27	1	0,41	
ruim/péssima (2/1)							
Grau de confiança							0,000
excelente/bom (5/4)	447	91,60	210	85,02	237	98,34	
regular(3)	41	8,4	37	14,98	4	1,66	
ruim/péssima(2/1)							

Fonte: Autores (2022).

Tabela 3 - Avaliação comparativa da satisfação dos usuários dos CSF da zona urbana de Sobral e do Centro de Especialidades Odontológicas Regional de Sobral nas dimensões 6 a 10 (Qualidade Técnico-Científica dos Equipamentos; Eficiência; Eficácia; Equidade; Aceitabilidade). Sobral-CE, 2022.

Dimensões	Total		CSF		CEO Sobral		p-valor
	N	%	n	%	N	%	
Dimensão 6 - Qualidade Técnico-Científica dos Equipamentos							
Atualização tecnológica							0,000
supermoderno/moderno (5/4)	413	86,4	201	81,05	212	92,17	
nem uma coisa nem outra (3)	54	11,3	37	14,92	17	7,39	
desatualizado/ultrapassado (2/1)	11	2,3	10	4,03	1	0,43	
Conservação dos equipamentos							0,000
excelente/boa (5/4)	361	74,59	139	56,05	222	94,07	
regular (3)	121	25	108	43,55	13	5,31	
ruim/péssima (2/1)	2	0,41	1	0,4	1	0,42	
Dimensão 7 - Eficiência							
Recompensa pelos Recursos Gastos pelos Usuários							
até demais/muito (5/4)	410	83,5	181	72,98	229	94,24	0,000
mais ou menos (3)	73	14,87	62	25	11	4,53	
pouquíssimo/não valeu a pena (2/1)	8	1,63	5	2,02	3	1,23	
Dimensão 8 - Eficácia							
Uso de equipamentos de proteção individual							0,353
sempre/quase sempre (5/4)	483	98,37	242	97,58	241	99,18	
não me lembro (3)	5	1,02	4	1,61	1	0,41	
às vezes/nunca (2/1)	3	0,61	2	0,81	1	0,41	
Desconforto durante tratamento							0,052
não senti nada/pouco desconforto (5/4)	468	95,71	233	93,95	235	97,51	
senti desconforto (3)	20	4,09	15	6,05	5	2,07	
senti muito/total desconforto (2/1)	1	0,2	0	0	1	0,41	
Frequência das ações de prevenção							0,000
sempre/quase sempre (5/4)	198	42,49	70	28,34	128	58,45	
às vezes (3)	68	14,59	28	11,34	40	18,26	
raramente/nunca (2/1)	200	42,92	149	60,32	51	23,29	

Dimensão 9 – Equidade							
Necessidades igualmente atendidas							0,054
igualmente/parcialmente atendidas (5/4)	453	93,6	226	91,13	227	96,19	
não me lembro (3)	7	1,45	4	1,61	3	1,27	
diferentemente/não são atendidas (2/1)	24	4,96	18	7,26	6	2,54	
Dimensão 10 – Aceitabilidade							
Explicação sobre o tratamento							0,016
sempre/maioria das vezes explica (5/4)	449	92,39	237	95,56	212	89,08	
não me lembro (3)	15	3,09	3	1,21	12	5,04	
raras vezes/nunca explica nada (1/2)	22	4,53	8	3,23	14	5,88	
Opinião horário de atendimentos							0,000
sempre/maioria pede opinião (5/4)	285	60,51	110	44,35	175	78,48	
não me lembro (3)	13	2,76	7	2,82	6	2,69	
raras vezes/nunca pede opinião (2/1)	173	36,73	131	52,82	42	18,83	

Fonte: Autores (2022).

Tabela 4 – Número, média, desvio-padrão, intervalo de confiança e p-valor da satisfação (QSSaB) dos usuários dos CSF da zona urbana de Sobral e do Centro de Especialidades Odontológicas Regional de Sobral. Sobral-CE.

Variáveis	n	média	DP	I.C. (95%)	p-valor
Local					0,307*
CSF	248	2,93	0,05	2,83-3,03	
CEO-Sobral	243	2,84	0,06	2,71-2,98	
Sexo					0,048*
masculino	135	3,02	0,08	2,86-3,19	
feminino	356	2,83	0,04	2,74-2,93	
Faixa etária (anos)					0,002*
18-30	281	2,96	0,05	2,85-3,07	
31-50	149	2,67	0,08	2,51-2,84	
51-85	61	3,08	0,11	2,84-3,31	
Estado marital					0,241**
solteiro (não mora com ninguém)	283	2,96	0,05	2,85-3,06	
casado (mora com alguém)	194	2,78	0,06	2,64-2,92	
divorciado	10	3,00	0,06	2,17-3,82	
viúvo	4	3,00	0,57	1,16-4,83	
Renda					0,000**
0 até 1/2 SM	76	2,63	0,11	2,39-2,87	
entre 1-2 SM	180	2,93	0,07	2,79-3,07	
entre 2-3 SM	188	2,95	0,06	2,82-3,07	
acima 3 SM	47	2,91	0,14	2,61-3,21	
Tipo de Moradia					0,000**
alugada	103	2,95	0,09	2,75-3,14	
emprestada/cedida	23	2,86	0,19	2,47-3,26	
própria/em aquisição	365	2,87	0,04	2,77-2,97	
Escolaridade					0,000**

até 1º grau completo	42	2,57	0,17	2,21-2,92	
até 2º grau completo	358	2,91	0,04	2,82-3,00	
universidade incompleta/completa/pós	91	2,95	0,11	2,73-3,17	
Religião					0,000**
cristão católico	405	2,89	0,04	2,80-2,98	
cristão evangélico	52	2,82	0,12	2,57-3,07	
outras	11	2,63	0,30	1,94-3,32	
sem religião	23	3,08	0,20	2,65-3,51	
Quantidade vezes atendido					0,628**
1 vez	29	2,89	0,21	2,44-3,34	
2 a 5 vezes	248	2,93	0,05	2,81-3,04	
mais de 5 vezes	214	2,84	0,06	2,71-2,97	
Motivo de procura ao serviço					0,185**
revisão/prevenção	147	2,99	0,06	2,86-3,12	
dor	68	2,79	0,1	2,59-2,99	
extração	33	3,09	0,14	2,79-3,38	
tratamento especializado	243	2,83	0,06	2,69-2,96	
QASSaB	491	2,89	0,04	2,80-2,97	

Fonte: Autores (2022).

3 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo observacional, transversal, analítico-descritivo e de abordagem quantitativa, seguindo o modelo de Donabedian para avaliação de serviços de saúde.

A pesquisa foi realizada no município de Sobral, Ceará, com população estimada de 188.233 habitantes. Atualmente, o município possui cobertura de 100% na ESF, distribuídas em 37 Centros de Saúde da Família (CSF), sendo que 23 destes estão localizados na zona urbana e 14 na rural, com 70 equipes de eSF e 50 equipes de saúde bucal.

O estudo foi desenvolvido com pacientes atendidos pelo menos uma vez nos Centros de Saúde da Família de Sobral da zona urbana ou no Centro de Especialidades Odontológicas Regional de Sobral, ter idade igual ou superior a 18 anos e residente na regional de Saúde de Sobral. Excluíram-se os pacientes portadores de necessidades especiais, tais como limitações sensitivas com diagnóstico, por exemplo, os deficientes visuais e auditivos, limitações motoras, cognitivas, psíquicas e portadores de síndromes.

Para o cálculo amostral dos usuários entrevistados no CEO-R de Sobral coletaram-se os dados através do SIGES (Sistema Integrado de Gestão em Saúde). Primeiramente fez-se o cálculo da expectativa do universo amostral de pacientes que seriam atendidos no ano de 2021. Calculou-se a média de pacientes atendidos em agosto a dezembro de 2020, multiplicado por 12 meses (expectativa 2021). Assim, foi utilizado o universo amostral 6.677,

prevalência de 50%, erro de 5% e nível de confiança de 95%, resultando no cálculo amostral de 238 pacientes (devido aos arredondamentos dos números fracionados, resultou em 241 pacientes), estratificados pelas seguintes especialidades: Endodontia, PNE, Periodontia, Prótese, Cirurgia e Ortodontia.

Já o cálculo amostral nos Centros de Saúde da Família, coletou-se os dados pelo sistema de Gestor Municipal no e-SUS Atenção Primária (e-SUS APS) utilizando o mesmo cálculo da expectativa do universo amostral realizado no CEO-R. Assim, foi utilizado o universo amostral 26.991 resultando no cálculo amostral de 244 pacientes (devido aos arredondamentos dos números fracionados, resultou em 247 pacientes) estratificados de todos os Centros de Saúde da Família da zona urbana de Sobral. Portanto, perfazendo o total de 488 entrevistas. Para seleção amostral, utilizamos da técnica da amostra não-probabilística (Conveniência).

Na coleta de dados, 491 usuários foram entrevistados, sendo 248 em 23 Centros de Saúde da Família da zona urbana do município de Sobral e 243 no Centro de Especialidades Odontológicas Regional de Sobral, no período novembro de 2021 a fevereiro de 2022. Os usuários foram abordados quando estavam na sala de espera das consultas de forma a não prejudicar o funcionamento dos serviços.

A coleta de dados foi efetivada na rotina diária por meio da aplicação da agregação dos seguintes formulários: condições socioeconômicas e demográficas e o questionário para Avaliação da Qualidade dos Serviços de Saúde Bucal (Questionnaire for Quality Evaluation of Oral Health – QASSaB), validado para utilização em serviços de saúde brasileiros. O QASSaB baseia-se no modelo de avaliação da qualidade proposto por Donabedian, composto por 24 questões, abrangendo 10 dimensões da qualidade: Disponibilidade dos Serviços, Resolutividade, Ambiente Físico do Serviço–Limpeza, Relações Humanas (Relações com Profissionais de Saúde), Relações Humanas (Relação Dentista/Paciente), Qualidade Técnico-Científica dos Equipamentos, Eficiência, Eficácia, Equidade e Aceitabilidade. As respostas são fechadas, utilizando uma escala tipo Likert em que as respostas com relação à qualidade variam de maneira ordinal com intervalos regulares de 0 a 5, em que 0 indicava “não se aplica”, 1 “pior condição de satisfação”, sendo uma visão negativa do serviço e 5 “melhor condição de satisfação”.

Os questionários foram processados através do programa Epidata 3.1, com a validação de dupla digitação. O banco de dados foi exportado para programa STATA 13.0, em que foram realizadas medidas de frequência e associação com nível de significância estatística de

95%. Para avaliação do QASSaB por domínio, calculou-se as frequências simples e percentuais dos valores agrupados das respostas possíveis em (5/4) “muito satisfeito”, (3) satisfeito e (1/2) insatisfeito, e aplicado o teste de qui-quadrado. Para análise total do QASSaB, calculou-se a média, desvio-padrão e intervalo de confiança de 95% e analisada a associação com as variáveis independentes local de atendimento (CSF ou CEO-Sobral), fatores sociodemográficos da população (sexo, idade, estado marital, renda, escolaridade, tipo de moradia, religião), quantidade de vezes atendidos, através dos testes t e anova.

O projeto seguiu todos os preceitos éticos constantes na Resolução de 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, tendo sido aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA), conforme parecer nº 5.072.808, sendo igualmente aprovado pela Comissão Científica da Secretaria da Saúde de Sobral

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A idade dos entrevistados variou entre 18 e 85 anos, com uma média de 31,52 anos (DP = 13,82). A maioria dos entrevistados era do sexo feminino (n=356; 72,51%), adultos jovens entre 18 e 30 anos (n=281; 57, 23%), solteiros (n=283; 57,64%), residindo em casa própria (n=363; 73,93%) e adeptos a religião católica (n=405; 82, 48%). A grande maioria apresentava mais de sete anos de estudo, até 2º grau completo (n=315; 64,15%) e apenas 1 (0,2%) analfabeto. Com relação aos indicadores socioeconômicos, observou-se que 87,98% (n=432) da amostra era composta por indivíduos com renda mensal entre ½ e 2 salários-mínimos e apenas 12 (2,49%) não possuíam nenhuma renda (Tabela 1).

No que diz respeito aos dados socioeconômicos do presente estudo, nota-se uma alta porcentagem do sexo feminino demonstrando a importância das mulheres como usuárias das unidades de saúde e como cuidadoras da sua saúde. Segundo a pesquisa nacional por amostra de domicílios¹³ identificou-se que 70% da população que busca serviços de saúde bucal são do sexo feminino. Essa realidade já foi observada em outros estudos de satisfação de usuários de serviços de saúde bucal^{14,15,16} e em estudos de prevalência do uso de serviços odontológicos no Brasil¹⁷.

A maior disponibilidade de tempo para comparecer às unidades de saúde pública no horário de funcionamento, também seria outro fato que pode estar relacionado¹⁸. Apesar dos homens apresentarem maiores taxas de morbimortalidade, eles resistem em buscar a assistência primária, um dos motivos da criação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem pelo Ministério da Saúde¹⁹.

De acordo com os resultados do último levantamento das condições de saúde bucal do brasileiro²⁰, o CPOD médio na faixa etária de 65 a 74 anos foi de 27,53, sendo o componente perdido responsável por cerca de 90% do índice. O mesmo levantamento constatou que 23,9% necessitam de prótese total em pelo menos um maxilar e 15,4% necessitam de prótese total dupla. Logo, a baixa porcentagem da população idosa (61-12,42%) no estudo revela um menor acesso dessa população aos serviços de saúde bucal, pois a perda dentária ainda pode ser entendida como um resultado natural do processo de envelhecimento, o que desmotiva o indivíduo para a procura por serviços. Este fato pode ser observado no estudo²¹ onde afirma que menores proporções de necessidade de tratamento foram relatadas entre a população idosa.

Uma população com baixa renda e pouca escolaridade encontrada no presente estudo pode influenciar na satisfação com o serviço, logo o receio de ser punido no atendimento aliado ao sentimento de gratidão do usuário pelo serviço gratuito ou ainda a impossibilidade de acesso a outro serviço, são alguns fatores que podem explicar a avaliação positiva por pacientes¹⁵. A relutância de usuários em expressar opiniões negativas, tem sido descrita como explicação para a alta satisfação. Normas de cortesia, como obrigações sociais em mostrar respeito à autoridade (aos profissionais de saúde e ao pesquisador) ou entender a crítica como comentário que demonstra inconveniência social podem estar associados ao padrão positivo das respostas de satisfação^{22,23}.

Sobre a dimensão disponibilidade dos serviços, particularmente, a obtenção de vagas é considerada uma condição importante para a avaliação que os usuários fazem dos referidos serviços, pois a demora para a obtenção do atendimento é um ponto importante a ser considerado em estudos sobre avaliações de serviços de saúde. Achados semelhantes do nosso estudo foram observados em um estudo sobre a avaliação dos serviços de saúde bucal na ESF²⁴.

Na dimensão resolutividade podemos notar que há uma alta porcentagem dos usuários que têm acesso aos serviços e consideraram seus problemas como resolvidos. É fato que a análise da resolutividade pela ótica do usuário, nesse sentido pode ser fragilizada, pois, o mesmo geralmente leigo, é basicamente resumida à eliminação da dor. Esses achados corroboram aqueles encontrados em pesquisas de satisfação dos usuários com atenção em saúde bucal na estratégia saúde da família²⁵ e em pesquisa de satisfação dos usuários em centros de especialidades odontológicas²⁶.

A atenção no tratamento recebido pelo profissional (dimensão relação dentista-paciente) como excelente ou boa por 95,09% e o grau de confiança como excelente ou bom por 91,60% dos respondentes demonstra alta satisfação em relação ao trabalho dos profissionais. Este resultado revela que a relação do profissional com o usuário é um elemento primordial do trabalho em saúde, legitimando o vínculo e a abordagem centrada na pessoa como eixos principais no aprimoramento do cuidado integral em saúde¹⁵. Por outro lado, sabemos que o baixo nível socioeconômico da população pode ter influência no estudo, contribuindo para uma menor exigência em relação à diversas dimensões²⁷.

Na dimensão eficácia, sobre a frequência que o dentista ensina a prevenir doenças bucais, observou-se que a maioria dos usuários do CSF responderam que o dentista “raramente” ou “nunca” realiza prevenção das doenças bucais. Essa informação é importante em se tratando de ESF, onde a promoção de saúde deveria ser o foco principal das ações em saúde bucal. As diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal defendem uma reorganização da atenção em saúde bucal em todos os níveis de atenção focando numa concepção de saúde não centrada somente na assistência aos doentes, mas, sobretudo, na promoção da boa qualidade de vida e intervenção nos fatores que a colocam em risco⁶.

Em estudos que avaliaram a satisfação dos usuários que utilizaram o instrumento do QASSAB^{4,14,16,24,26} evidenciou-se que a maioria dos usuários está satisfeita com os serviços oferecidos em diferentes níveis de atenção. Nesses estudos, observou-se, por um lado, que a satisfação dos usuários esteve relacionada tanto à maneira como eles são tratados e com os aspectos técnicos da assistência propriamente ditos.

O processo de avaliação dos serviços de saúde, entretanto, não pode ser considerado um fim, mas um início de um momento em que um julgamento é elaborado, e, a partir daí, desencadeia um movimento de transformação na busca pela melhoria da qualidade do atendimento⁴.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados demonstram avaliações positivas em relação às dimensões ambiente físico, relação com profissionais de saúde, relações humanas (dentista/paciente), aceitabilidade, eficiência, eficácia, equidade, aceitabilidade e qualidade técnico-científica dos equipamentos, porém foram avaliadas negativamente as dimensões disponibilidade do serviço (obtenção de vaga e intervalo de tempo para marcação) e eficácia (frequência das ações de prevenção). Esse achado reflete uma realidade muito comum no panorama brasileiro dos

serviços de saúde bucal com problemas de acessibilidade e resolatividade apesar deste estudo ser regional.

Revelou que a maioria da população estudada se encontra satisfeita com as dimensões da qualidade, apresentando um alto percentual de satisfação com o serviço de saúde oferecido no CSF e CEO.

REFERÊNCIAS

1. Vaitzman J, Andrade GRB. Satisfação e responsividade: formas de medir a qualidade e a humanização da assistência à saúde. *Ciênc. Saúde Colet.* 2005;10(3):599-613.
2. Donabedian A. La calidad de la atención médica – definición y métodos de evaluación. México: La prensa médica mexicana; 1984.
3. Narvai PC. Saúde bucal coletiva: caminhos da odontologia sanitária à bucalidade. *Rev. Saúde Públ.* 2006;40(spe):141-147.
4. Magalhaes BG, Oliveira, RSD, Góes, PSAD, Figueiredo, N. Avaliação da qualidade dos serviços prestados pelos Centros de Especialidades Odontológicas: visão dos usuários. *Cad.Saúde Colet.* 2015.23(1):76-85.
5. Pucca JR GA, Gabriel M, De Araújo, ME, De Almeida, FCS. Ten years of a national oral health policy in Brazil: innovation, boldness, and numerous challenges. *J. Dent. Res.* 2015;94(10):1333-1337.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. 2004.
7. Gabriel, M, Cayetano, MH, Chagas MM, Araújo MED, Dussault, G, Pucca GA *et al.* Mecanismos de ingresso de dentistas no SUS: uma agenda prioritária para o fortalecimento do Brasil Sorridente. *Ciênc. Saúde Colet.* 2020;25(3):859-868.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Coordenação Geral de Saúde Bucal reforça a importância da promoção da saúde da boca. 2019.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 599. Define a implantação de especialidades odontológicas (CEO) e de laboratórios regionais de próteses dentárias (LRPDs) e estabelece critérios, normas e requisitos para seu credenciamento. 2006.
10. Figueiredo N, Goes PSA. Construção da atenção secundária em saúde bucal: um estudo sobre os Centros de Especialidades Odontológicas em Pernambuco, Brasil. *Cad Saude Publica.* 2009;25(2):259-267.
11. Lima AC, Cabral ED; Vasconcelos MM. Satisfação dos usuários assistidos nos Centros de Especialidades Odontológicas do Município do Recife, Pernambuco, Brasil. *Cad Saude Publica.* 2010;26(5):991-1002.
12. Moimaz SA, de Toledo Rós, D, Bordin D, Rovida TAS, Garbin CAS *et al.* Satisfação e perfil de usuários do serviço odontológico no Sistema Único de Saúde. *Revista da Faculdade de Odontologia - UPF.* 2015;20(3):334-339.
13. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios: acesso e utilização de serviços de saúde, IBGE, 2005.

14. Kitamura ES. Avaliação da satisfação dos usuários assistidos pelos centros de especialidades odontológicas [Dissertação]. Juiz de Fora: Universidade Federal de Juiz de Fora; 2013.
15. Cerdeira LC. Satisfação dos usuários em equipes de saúde bucal na estratégia de saúde da família no município de Pirai-RJ [Dissertação]. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2015.
16. Claro JM. Satisfação aos atendimentos odontológicos no SUS: a visão do usuário [Dissertação]. São José do Campos: Universidade Estadual Paulista; 2018.
17. Soares FF, Chaves SC, Cangussu MC. Desigualdade na utilização de serviços de saúde bucal na atenção básica e fatores associados em dois municípios brasileiros. *Rev Panam Salud Publica*.2013;34(6):401–406.
18. Fagundes ML, Bastos LF, Amaral Júnior OLD, Menegazzo GR, Cunha ARD, Stein C *et al*. Desigualdades socioeconômicas no uso de serviços odontológicos: uma análise da Pesquisa Nacional de Saúde de 2019. *Rev. bras. Epidemiol [online] [Internet]*. 2021 [cited 2022 Aug 12];24(suppl 2):1-15. Available from: <https://doi.org/10.1590/1980-549720210004.supl.2>
19. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. Brasília: Ministério da Saúde; 2015.
20. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde. SB Brasil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: resultados principais. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
21. Peres KG, Peres MA, Boing AF, Bertoldi AD, Bastos JL *et al*. Redução das desigualdades sociais na utilização de serviços odontológicos no Brasil entre 1998 e 2008. *Rev Saúde Pública*. 2012; 46(2):250-258.
22. Atkinson S, Medeiros RL. Explanatory models of influences on the construction and expression. of user satisfaction. *Soc Science Med*. 2009;68(11):2089-2096.
23. Esperidião MA, Viera-da-Silva LM. A satisfação do usuário na avaliação de serviços de saúde: ensaio sobre a imposição de problemática. *Saúde Debate*. 2018;42(spe2): 331-340.
24. Brunhauser AL, Magro ML, Neves M. Avaliação de serviços de saúde bucal: um estudo comparativo. *RFO*.2013;18(1):24-31.
25. Moimaz SAS, Burili MC, Bordin D, Garbin CAS, Saliba TA, Saliba NA. Satisfação dos usuários segundo variáveis de organização dos serviços públicos odontológicos. *Arch Health Invest*. 2017;6(1):14-19.
26. Costa EB, Carneiro JD, Oliveira AM. Satisfação dos usuários assistidos em quatro centros regionais de especialidades odontológicas do Ceará, Brasil. *Saúde Debate*.2018;42(118):631-645.
27. Fernandes LM. Validação de um instrumento para avaliação da satisfação dos usuários, com os serviços públicos de saúde bucal – QASSaB [Tese]. Camaragibe: Universidade de Pernambuco; 2002.

O princípio da universalidade no contexto imigratório

The principle of universality in the context of immigration

El principio de universalidad en el contexto de la inmigración

Viviane Aparecida de Souza Antunes

Caroline Terrazas

RESUMO

Nas últimas décadas, houve um aumento no fluxo imigratório internacional e o Brasil tem sido o principal destino de diversas populações. Desta forma, evoca-se a responsabilização dos estados pela garantia de direitos sociais básicos, como o acesso à saúde. Neste cenário, surgem novas complexidades e demandas diferenciadas para a atuação dos profissionais de saúde. Este estudo visa identificar, através da Revisão Integrativa da Literatura, a ocorrência da inserção do imigrante no sistema de saúde brasileiro. Para a identificação do tema e questão da pesquisa, utilizou-se a estratégia PICO. Na sequência, a partir dos descritores definidos no MESH e DECS, procedeu-se a busca em bases de dados. Após verificação dos critérios de inclusão, os 11 estudos selecionados foram classificados de acordo *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ). Foram identificadas estratégias pontuais voltadas à inserção do imigrante nos serviços de saúde, evidenciando lacunas na política de inserção desta população. O fato de as legislações brasileiras estarem em consonância com os preceitos éticos do direito humano não é suficiente para atender às necessidades específicas do imigrante e, desta forma, promover a inserção de fato desta população nos serviços de saúde. Pondera-se que a inserção ao cuidado em saúde não tem relação com o direito ao acesso, mas sim com o dia a dia dentro da própria unidade que oferece o serviço. Desta forma, há de se pensar no princípio da universalidade como o acesso aos serviços de saúde sem barreiras, com perspectiva de continuidade e acesso à rede SUS.

Palavras chaves: Imigrantes; Emigrantes; Atenção Primária; Universal; Brasil.

ABSTRACT

In recent decades, there has been an increase in international immigration flows, and Brazil has become the main destination for various populations. This situation highlights the responsibility of states to ensure basic social rights, such as access to healthcare. In this context, new complexities and diverse demands emerge for the work of healthcare professionals. This study aims to identify, through an Integrative Literature Review, the occurrence of immigrant integration into the Brazilian healthcare system. To identify the research theme and question, the PICO strategy was used. Subsequently, based on descriptors defined in MESH and DECS, a database search was conducted. After applying inclusion criteria, the 11 selected studies were classified according to the Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). Specific strategies aimed at integrating immigrants into healthcare services were identified, highlighting gaps in policies for the

inclusion of this population. The fact that Brazilian legislation aligns with the ethical principles of human rights is not sufficient to meet the specific needs of immigrants and, thus, does not fully promote the integration of this population into healthcare services. It is considered that integration into healthcare is not merely related to the right to access but rather to the day-to-day experience within the healthcare unit that provides the service. Therefore, the principle of universality must be viewed as access to healthcare services without barriers, with the perspective of continuity and access to the SUS network.

Keywords: Immigrants; Emigrants; Primary Care; Universal; Brazil

RESUMEN

En las últimas décadas, ha habido un aumento en el flujo migratorio internacional y Brasil ha sido el principal destino de diversas poblaciones. De esta forma, se evoca la responsabilidad de los Estados en la garantía de derechos sociales básicos, como el acceso a la salud. En este escenario, surgen nuevas complejidades y demandas diferenciadas para la actuación de los profesionales de la salud. Este estudio tiene como objetivo identificar, a través de la Revisión Integrativa de la Literatura, la inserción del inmigrante en el sistema de salud brasileño. Para la identificación del tema y la cuestión de la investigación, se utilizó la estrategia PICO. A continuación, a partir de los descriptores definidos en MESH y DECS, se procedió a la búsqueda en bases de datos. Tras la verificación de los criterios de inclusión, los 11 estudios seleccionados fueron clasificados de acuerdo con la Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). Se identificaron estrategias puntuales orientadas a la inserción del inmigrante en los servicios de salud, evidenciando lagunas en la política de inserción de esta población. El hecho de que las legislaciones brasileñas estén en consonancia con los preceptos éticos del derecho humano no es suficiente para atender las necesidades específicas del inmigrante y, de esta forma, promover la inserción efectiva de esta población en los servicios de salud. Se considera que la inserción en el cuidado de salud no está relacionada con el derecho de acceso, sino con el día a día dentro de la propia unidad que ofrece el servicio. De esta forma, se debe considerar el principio de universalidad como el acceso a los servicios de salud sin barreras, con una perspectiva de continuidad y acceso a la red SUS.

Descriptores: Inmigrantes; Emigrantes; Atención Primaria; Universal; Brasil

1. INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, houve um aumento no volume dos fluxos migratórios internacionais. O Brasil, marcado historicamente pela imigração, tem sido o principal destino de diversas populações, devido à facilidade de se obter visto e de se manter regular no país. Além disso, as restrições impostas aos imigrantes para entrada e permanência em países do Norte intensificam o fluxo migratório para os países do Sul¹⁻³. Nos Dados Consolidados da Imigração no Brasil, observa-se o aumento e a capilaridade dos imigrantes nas diferentes regiões do país, com um número estimado de 1,5 milhão de imigrantes entre os anos de 2011 e 2022. Venezuelanos e bolivianos foram as

nacionalidades que mais solicitaram residência no país em 2022. Já o mercado de trabalho formal passou a ser ocupado por um maior contingente de venezuelanos e haitianos⁴.

A atual ampliação dos fluxos migratórios internacionais coloca em debate a responsabilização dos estados pela garantia de direitos sociais básicos, entre eles, o acesso à saúde enquanto direito humano. O acesso a cuidados de saúde no Brasil é garantido por normativas internacionais, pela Constituição Federal de 1988, pela Lei Orgânica da Saúde e, no caso dos imigrantes, pela Lei de Migração nº 13.445/2017⁽³⁾. O serviço público de saúde brasileiro passou a ter um caráter universal desde a implantação e a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS). Em conjunto com outras diretrizes (integralidade e equidade) e influenciado pela Declaração de Alma-Ata, o princípio da universalidade faz com que o acesso da população migrante aos serviços esteja assegurado pela legislação, por meio das próprias condutas normativas constituintes do sistema de saúde⁵⁻⁶.

A Atenção Básica em Saúde é o primeiro nível hierárquico, instituído pelo SUS, do atendimento em saúde para a população. Efetivado nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), exerce o acompanhamento contínuo da população da sua área de abrangência e tem como principais diretrizes a promoção e prevenção da saúde, que dialoga com a noção da integralidade, além da noção de universalidade para todos que se encontram em território nacional¹. Entretanto, em um contexto no qual o fluxo de pessoas se torna cada vez mais intensificado e diversificado, novas complexidades surgem para os serviços. A presença de pessoas oriundas de países distintos, com hábitos culturais diversos e com diferentes formas de compreender o processo saúde-doença, traz demandas diferenciadas para a atuação dos profissionais de saúde⁵. Estudos mostram que imigrantes, nos primeiros anos após a mudança, são mais saudáveis que a população nativa, mas sua saúde tende a deteriorar ao longo do tempo devido às situações socioeconômicas e culturais adversas. Embora a migração não repercuta, necessariamente, como uma ameaça à saúde, ela pode aumentar a vulnerabilidade dos sujeitos, considerando as diferentes características da população migrante e nativa e dos próprios sistemas de saúde vigentes no país (DATTOLI; LUCIO; CHAVES, 2019)⁷⁻⁸.

Neste artigo, partindo da compreensão da dinâmica da migração internacional e do princípio da universalidade, no amplo sentido da inserção – que se refere não apenas à garantia do acesso à saúde, mas a um processo vinculado aos reconhecimentos e respeito às especificidades culturais – buscou-se evidenciar, na literatura científica, a ocorrência do processo de inserção do migrante no sistema de saúde brasileiro.

2.METODOLOGIA

Para a elaboração da Revisão Integrativa da Literatura, foram percorridas as seguintes etapas: identificação do tema e definição da pergunta norteadora; pesquisa dos descritores; busca das literaturas científicas; extração dos dados dos estudos incluídos; avaliação dos estudos; análises dos resultados e, por fim, síntese do conhecimento e construção da revisão de literatura.

Para a elaboração da pergunta norteadora da revisão, utilizou-se a estratégia PICo, descrita na sequência (Quadro 1):

Quadro 1 – Estratégia PICo utilizada para a elaboração da pergunta norteadora.

Acrônimo	Definição	Descrição
<i>P</i>	População	Imigrante
<i>I</i>	Fenômeno de Interesse	Princípio da Universalidade
<i>Co</i>	Contexto do estudo	Atenção Primária à Saúde

Sendo assim, formulou-se a seguinte pergunta norteadora: No contexto imigratório, o princípio da universalidade é suficiente para garantir o atendimento das demandas de saúde/doença dos imigrantes na Atenção Primária à Saúde?

Frente à pergunta norteadora, foi utilizada a combinação dos seguintes descritores: Imigrantes e Emigrantes; Atenção Primária; Brasil; e Universal, ligados pela conexão booleana AND. A busca dos termos foi realizada em *Medical Subject Headings* (MESH) e em Descritores em Ciências da Saúde (DECS) da Biblioteca Virtual em Saúde, no período de julho a agosto de 2024. Ressalta-se que foram realizadas diversas combinações dos descritores citados a fim de garantir a maior abrangência possível para a seleção (Quadro 2). Para a pesquisa dos artigos incluídos neste estudo, foram consultadas as bases de dados Pubmed, Lilacs, Medline, CAPES e Scielo.

Quadro 2 – Estratégia de busca nas bases de dados selecionadas.

<i>Bases de Dados</i>	<i>Estratégia de busca</i>
Pubmed Lilacs Medline CAPES Scielo	"Emigrants and Immigrants" AND "Primary Health Care" AND "Brazil" AND "Universal"
	"Emigrants and Immigrants" AND "Primary Health Care" AND "Universal"
	"Emigrants and Immigrants" AND "Universal"
	"Emigrants and Immigrants" AND "Primary Health Care"
	"Primary Health Care" AND "Universal"
	"Emigrants and Immigrants" AND "Brazil"
	"Emigrants and Immigrants" AND "Primary Health Care" AND "Brazil"

Foram definidos os seguintes critérios de inclusão: estudos científicos publicados nos últimos dez anos; publicação completa e com acesso livre; artigos nos idiomas português, inglês e espanhol. Foram excluídas as referências que apareceram em duplicidade, que não responderam à pergunta norteadora/objetivo propostos e que não fizeram alusão ao sistema de saúde brasileiro.

Para classificar os estudos, foram escolhidos os níveis de evidência da *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ): nível 1 para meta-análise de múltiplos ensaios clínicos controlados e randomizados; nível 2 para estudos individuais com delineamento experimental; nível 3 para estudos quase experimentais; nível 4 para estudos descritivos (não experimentais) ou de abordagem qualitativa; nível 5 para relatos de caso ou experiência; e, por fim, nível 6 para opiniões de especialistas⁹.

Para a interpretação e organização dos resultados, os artigos foram ordenados conforme autor/ano, nível de evidência, título do artigo, objetivo, resultado e conclusão (Quadro 3):

Quadro 3 – Resumo dos artigos selecionados sobre o princípio da Universalidade no contexto migratório.

<i>Nº</i>	<i>Autor Ano</i>	<i>Nível de evidência</i>	<i>Título do artigo</i>	<i>Objetivos</i>	<i>Resultados</i>	<i>Conclusão</i>
1	Losco; L.N et al, 2021	4	Atenção Primária em Saúde para imigrantes bolivianos no Brasil	Verificar, na perspectiva dos bolivianos residentes no Brasil e dos profissionais de saúde, se a garantia de acesso aos serviços para os imigrantes de fato significa que a população boliviana está inserida nos serviços de Atenção Primária à Saúde, que é assegurada pelas diretrizes da constituição do Sistema Único de Saúde (SUS).	Os resultados mostraram que a garantia do acesso não é o bastante para que o cuidado em saúde à população imigrante aconteça.	Através das entrevistas realizadas, de suas análises, sua discussão com os referenciais bibliográficos, pode-se ponderar que a inserção ao cuidado em saúde não tem relação com o direito ao acesso, mas sim com o dia a dia dentro da própria unidade que oferece o serviço.
2	Ferreira, S. H et al, 2024	5	O papel de agentes comunitárias de saúde com fluência no idioma crioulo para mulheres atendidas na atenção primária à saúde: um relato de experiência	Relatar a experiência, priorizando a vivência do pesquisador, utilizando observações, entrevistas e análises dialético-críticas para explorar a inclusão de Agentes Comunitárias de Saúde haitianas no acompanhamento das gestantes haitianas no município.	A cidade de Uberlândia enfrenta desafios na comunicação com gestantes, evidenciando a importância da estratégia da Secretaria Municipal de Saúde na contratação de agentes comunitárias de saúde haitianas, que teve impacto positivo na melhoria do acesso aos serviços de saúde.	O relato de experiência enfatiza a eficácia da integração das agentes comunitárias de saúde na Atenção Primária, evidenciando sua relevância na melhoria da qualidade do atendimento a mulheres imigrantes. Destaca-se a importância da abordagem culturalmente competente na prática de enfermagem. A estratégia responde à feminização das migrações haitianas, destacando a importância de considerar aspectos culturais, sociais e de gênero nas políticas de saúde para populações

3	Lourenço, A.K.S et al, 2020	4	Percepção dos refugiados venezuelanos a respeito do sistema único de saúde no extremo norte do Brasil	Analisar a percepção dos refugiados venezuelanos acerca do atendimento nos serviços secundários e terciários do Sistema Único de Saúde (SUS) em Roraima, de forma a compreender os fatores que dificultam o acesso dessa população às instituições de serviços do SUS, bem como analisar a efetividade e a resolutividade dos serviços de saúde destinados a esses imigrantes.	De maneira geral, 84% dos participantes relataram satisfação em relação à qualidade dos serviços prestados pelo SUSRR, 60% afirmaram que seu problema de saúde foi resolvido e 93% declararam que retornaria à instituição de saúde que lhe prestou serviço, caso fosse necessário.	imigrantes. Os resultados apresentados apontam para um cenário de acolhimento e satisfação dos refugiados venezuelanos em relação à atenção em saúde prestada pelo SUS em Roraima, garantindo assim a universalidade dos serviços e o respeito à dignidade humana.
4	Silva, F.A.J et al, 2023	4	Atenção Primária à Saúde do imigrante negro durante a pandemia da covid-19*	Analisar como é realizada a atenção à saúde do imigrante negro durante a pandemia da covid-19 na Atenção Primária à Saúde (APS).	Participaram 21 profissionais da equipe multidisciplinar e das análises emergiram três categorias: Atenção à saúde do imigrante negro na APS durante a pandemia da Covid-19; Limites e potencialidades da APS para a atenção à saúde do imigrante negro; Racismo estrutural nas práticas de APS voltadas para o imigrante negro.	Conclusão: A atuação na pandemia foi pautada por protocolos que não expandiram a assistência à saúde para populações vulneráveis, incluindo imigrantes negros. A principal barreira foi a comunicação, pois a maioria dos imigrantes negros nas localidades pesquisadas eram haitianos. Foi identificado racismo estrutural na prática profissional.

5	Vieira, I.L.S et al, 2021	5	Abordagem integral a imigrantes haitianos em uma Unidade Básica de Saúde do Guara, Distrito Federal: relato de experiência	Relatar a experiência dos cuidados em saúde aos imigrantes haitianos em uma Unidade Básica de Saúde do Guar no Distrito Federal.	A população de imigrantes haitianos estimada é de 60 indivíduos assistidos pela equipe de saúde da família. A busca pelo cuidado  feita, em sua maioria, por mulheres e crianças, e as demandas em saúde são voltadas para saúde da mulher e da criança. Os desafios dos cuidados em saúde são relacionados a barreiras de comunicação e às diferenças culturais.	O relato desta experiência demonstra que processos de integração e adaptação culturais podem colocar em conflito normas sociais, valores e costumes, havendo necessidade de conhecimento do território e articulação por parte da equipe de saúde. Visto que o SUS presta assistência a imigrantes, faz-se necessária a abordagem das equipes de saúde, bem como o planejamento de ações que levem em conta a influência da cultura na expressão dos sintomas, na experiência da doença, bem como na evolução do quadro clínico.
---	---------------------------	---	--	---	--	--

6	Delamuta, K.G et al 2020	4	Experiências de atendimento à saúde de imigrantes bengaleses entre trabalhadores da atenção primária à saúde no Paraná, Brasil	O objetivo deste trabalho foi analisar as experiências de atendimento à saúde de imigrantes bengaleses entre trabalhadores da atenção primária em saúde no Paraná, Brasil.	A aparência e o idioma dos imigrantes afetam a forma de atendimento dos trabalhadores. Por conta disso, foi possível verificar uma série de implicações nas ações e serviços ofertados a essa população, tais como: o uso do protocolo, mesmo este não atendendo às necessidades específicas dos imigrantes; a suposição dos motivos e das necessidades de procura da população imigrante pelos serviços de saúde; e a omissão na realização de algumas ações. Diante disso, a população de bengaleses acessa os serviços de atenção primária à saúde muito mais pela sua habilidade de adaptação do que pela capacidade dos trabalhadores de ofertarem uma assistência de acordo com as suas necessidades.	É necessário olhar de forma especial para os trabalhadores que estão inseridos nessa situação e pensar que formas de apoio podem ser ofertadas a uma equipe de saúde que lida cotidianamente com populações imigrantes.
---	--------------------------	---	--	--	---	---

7	Guerra, K et al 2017	4	Bioética, imigração e assistência à saúde: tensões e convergências sobre o direito humano à saúde no Brasil na integração regional dos países	Analisar os aspectos bioéticos relacionados ao cumprimento do direito humano ao acesso aos serviços de saúde pelos imigrantes no Brasil.	Foram identificados 16 trabalhos categorizados em imigrantes do MERCOSUL e outras origens, e imigrantes situados em região de fronteira. O Brasil vem procurando respeitar o direito humano à saúde aos imigrantes por meio de novas formas de atuação em saúde, com ações e estratégias específicas, processos de trabalhos mais expandidos e flexíveis; mas existiram enfrentamentos éticos no tocante à equidade, universalidade e não discriminação.	A criação e o aperfeiçoamento constante de normas e práticas são necessários para que se alcance a responsabilidade ética com esta população e o acesso à saúde no Brasil se consolide como um direito humano universal, principalmente nas regiões de fronteira.
---	----------------------	---	---	--	--	---

8	Barbosa, L.A et al 2024	4	Migrantes venezuelanos e direito à saúde: percepções de técnicos de enfermagem de um hospital geral	Conhecer as percepções de técnicos de enfermagem de um hospital geral relativas à imigração venezuelana e ao direito à saúde.	A maioria dos entrevistados associou o imigrante à piora da qualidade de vida local e à sobrecarga dos serviços de saúde. Apenas quatro consideraram a imigração e suas consequências como uma questão humanitária, demonstrando empatia com os imigrantes. Muitos manifestaram ciência do princípio da universalidade que caracteriza o sistema de saúde brasileiro, mas discordaram do direito do imigrante ao acesso gratuito aos serviços de saúde. Houve forte depreciação da saúde pública.	A maioria dos entrevistados opôs-se à imigração dos venezuelanos e seus discursos continham traços de xenofobia, preconceito e discriminação. O estudo permitiu ampliar a compreensão sobre os processos de cuidar dos profissionais de saúde em um contexto de crises migratórias.
---	-------------------------	---	---	---	---	---

9	Assis, N. M et al 2017	5	Acolhimento de imigrantes haitianos via integração ensino-serviço-pesquisa na atenção primária à saúde: relato de experiência	Relatar a experiência do acolhimento a uma comunidade de imigrantes haitianos pela Atenção Primária à Saúde (APS) no âmbito do 'Internato de Atenção Integral à Saúde' do curso de Medicina da Unifenas - BH.	A maior parte da comunidade de haitianos do território refere uso anterior dos serviços do CSNAR, sendo que alguns também precisaram usar a atenção secundária. As demandas de saúde foram diversas e em sua maioria com resolução na APS. A principal dificuldade encontrada na adaptação dos haitianos ao SUS refere-se ao seu funcionamento, incluindo seus níveis assistenciais. Os entrevistados desconheciam os princípios do SUS (universalidade, integralidade, equidade e participação social) e o papel central da APS na rede de cuidados.	Tal integração oportunizou o acolhimento das necessidades de saúde dos imigrantes haitianos residentes na área de abrangência do CSNAR mediante cadastramento no SUS e elucidação de seu funcionamento e suas diretrizes. Foram identificadas as principais dificuldades de adaptação dos imigrantes residentes na área de abrangência do CSNAR, as demandas sociais e de saúde, além de possibilitar o conhecimento comparativo das diferenças no acesso e uso do sistema público de saúde brasileiro e haitiano. Ademais, estas ações contribuíram para a inserção da população de haitianos no contexto social belo-horizontino via contato direto com o Centro Zanmi, que a posteriori disponibilizou duas vagas para profissionais do CSNAR fazerem aulas de crioulo (dialeto haitiano).
---	------------------------	---	---	---	---	---

10	Tôndolo, C. E. S et al 2019	4	Imigrasus: o acesso dos imigrantes haitianos a uma Unidade de saúde da Atenção primária no município de Porto Alegre (RS)	Analisar, a partir dos princípios da universalidade, integralidade e equidade do SUS, como ocorreu o acesso dos imigrantes haitianos em uma unidade de saúde no município de Porto Alegre.	Evidenciaram-se inúmeros desafios no processo, tais como a fragilidade da vinculação dos imigrantes ao serviço, a organização das demandas e desafios no processo de trabalho da equipe.	Os dados da pesquisa revelaram, à luz dos princípios da universalidade, integralidade e equidade do SUS, diversos desafios no acesso da população imigrante haitiana às unidades de saúde, que precisam ser refletidos a partir das particularidades desta população, mas também na organização dos serviços de saúde inseridos em uma realidade de inúmeros desafios na efetivação do SUS como um todo.
11	Losco; L.N et al 2019	4	Sujeitos da saúde, agentes do território: o agente comunitário de saúde na Atenção Básica ao imigrante	Buscou-se compreender qual o papel dos agentes comunitários de saúde (ACS) para que o sistema público cumpra seu princípio de universalidade, oferecendo acesso às populações imigrantes e as incluindo.	Pôde-se perceber como o trabalho dos ACSs bolivianos foi necessário para que o atendimento na UBS fosse exercido. Os ACSs abriram espaço para que a equipe de saúde formasse uma relação de confiança com a população boliviana que necessita atender em seu território.	Por meio de entrevistas semiestruturadas, examinadas por meio da análise de conteúdo, pôde-se constatar que os agentes comunitários são essenciais para a garantia de inserção dos imigrantes ao serviço de Atenção Básica, pois são ao mesmo tempo sujeitos da promoção em saúde e agentes do território, construindo redes de vínculos que favorecem o cuidado integral.

3.RESULTADOS

Inicialmente, foram identificados 57 artigos nas bases de dados, distribuídos da seguinte maneira: Pubmed (6), Biblioteca Virtual em Saúde (28, sendo 26 Lilacs e 2 Medline), CAPES (21) e Scielo (2). Em seguida, excluiu-se os artigos duplicados, restando 40 estudos que, após a leitura criteriosa dos resumos, resultaram em 18 trabalhos.

Posteriormente, foi realizada análise completa dos materiais selecionados para identificar quais realmente abordavam a temática proposta e respondiam à pergunta norteadora/objetivo, chegando a uma amostra de 11 materiais.

Os artigos foram publicados entre 2017 e 2024. De acordo com a AHRQ, oito artigos foram categorizados como nível 4 e três, nível 5. Os estudos são de origem brasileira; publicados, em sua totalidade, no idioma português; e realizados com imigrantes em diferentes regiões do país – o que enfatiza a ampliação e dinâmica do fluxo migratório observado nos últimos anos no Brasil. Cabe destacar que, na seleção, constam sete pesquisas realizadas com profissionais da saúde, fato importante uma vez que eles exercem o atendimento da população migrante e devem lidar com culturas, costumes e perspectivas diferentes, que podem influenciar na forma como os pacientes serão inseridos no sistema de saúde.

Notou-se estratégias pontuais, realizadas nas UBS, voltadas à inserção do imigrante aos serviços de saúde, evidenciando lacunas na política de inserção desta população, que não pode ser garantida apenas pelo acesso aos serviços.

4.DISSCUSSÃO

A preocupação com a inserção do imigrante aos serviços de saúde brasileiros é premente e justifica-se pelos elevados números de migrações observadas nos últimos anos. Embora o número de imigrantes venha crescendo no Brasil, há poucos trabalhos que investigam o tema da inserção dessa população nos serviços de saúde.⁸

A região de São Paulo é apontada como a maior receptora de imigrantes no país, sendo a nacionalidade boliviana a mais expressiva. Em contrapartida, Roraima, estado fronteiriço com a Venezuela, recebe desde 2015 um número crescente de venezuelanos em razão da grave crise política e socioeconômica que o país atravessa, fator igualmente observado entre a população haitiana, que intensificou o fluxo migratório no período de 2011 a 2017, apesar de se observar sinais de seu declínio.^{4,8,10,11}

Alguns estudos que relacionaram a imigração e o acesso à saúde no Brasil foram realizados em São Paulo com imigrantes bolivianos, enaltecendo um quadro crescente de patologias associadas às precárias condições de vida e de trabalho. Em um dos trabalhos, evidenciou-se a incidência de tuberculose associada às condições insalubres das oficinas de costura, jornadas de trabalho exaustivas e abandono do tratamento, além do aumento do índice do vírus da imunodeficiência humana (HIV). Losco *et al*¹ referiu também a busca

pelo tratamento da sífilis por essa população em uma das UBS da região⁸.

Da mesma maneira, foi observada alta prevalência de tuberculose entre a população haitiana residente no Sul do Brasil, em virtude das precárias condições de vida e de trabalho, que reduzem o estado imunológico em comparação com a população local. Um levantamento sanitário preliminar aponta que HIV/AIDS, tuberculose, leishmaniose e desnutrição estão na lista das patologias mais identificadas entre os imigrantes¹²⁻¹³.

Na região de Boa Vista/Roraima, identificou-se surtos de doenças já erradicadas em território nacional, como o sarampo. Somente em 2018, foram notificados 74 casos entre imigrantes venezuelanos no município¹⁴.

Neste contexto, emerge a necessidade de busca aos serviços de saúde pelos imigrantes, em consonância com as dificuldades dos profissionais em inseri-los no sistema público de saúde. Um dos principais desafios apontados nas pesquisas está relacionado à barreira linguística, fato mencionado também em outros estudos sobre o atendimento à população imigrante¹.

O idioma é uma variável tão importante na inserção que Delamuta *et al*³ mencionam estudos onde a utilização dos serviços de saúde foi duas vezes mais prevalente entre àqueles que referiram falar e compreender (razoavelmente ou muito bem) o português, quando comparados com os que compreendem muito pouco o idioma. Embora existam vários fatores que impedem a inserção dos imigrantes aos cuidados de saúde, a comunicação é um pré-requisito para a inserção e o atendimento de qualidade.

Conhecer a língua oficial do país acolhedor não é só um fator fundamental no processo de inclusão e empoderamento social dos imigrantes, como também um direito. No Brasil, a partir de 2014, a Prefeitura de São Paulo passou a ofertar cursos de língua portuguesa à imigrantes. Ainda que escassa e dispersa, a oferta revela um reconhecimento do Estado a respeito do fator linguístico no processo de integração e inclusão social³.

Adicionalmente, outras estratégias têm sido buscadas pelas equipes de saúde para o enfrentamento da comunicação. Uma delas é a contratação de imigrantes do território da UBS como Agentes Comunitários da Saúde (ACS), no intuito de romper o obstáculo do primeiro contato. Tal fato foi observado em São Paulo, na região do Bom Retiro, com resultados satisfatórios para o estabelecimento do vínculo imigrante-UBS e, assim, pode-se inferir que foi um grande facilitador no sentido de inserção da população boliviana aos serviços de saúde⁵.

Outro estudo referiu a contratação de ACS femininas no atendimento às mulheres gestantes imigrantes haitianas, com impactos positivos nos indicadores de saúde materna e

infantil e com redução do absenteísmo em consultas. Neste contexto, observou-se que as ACS, principalmente pelo fato de serem do gênero feminino, serviram também de apoio à socialização².

As ferramentas tecnológicas também têm sido inseridas neste cenário. Na abordagem com imigrantes haitianos, empregou-se o uso do Google Tradutor™, além da linguagem não verbal por meio de gestos e imagens da internet. Sugere-se ainda a disponibilidade de um intérprete pela secretaria de saúde como um agente facilitador nos atendimentos¹¹. A tradução da carteira da gestante para o idioma *créole* e francês, realizada em parceria entre uma universidade pública e a Secretaria Municipal da Saúde, foi outra estratégia adotada no intuito de favorecer a comunicação com as mulheres gestantes imigrantes negras atendidas nas UBS¹².

Já Guerra *et al*⁸ ressaltou o papel da Estratégia Saúde da Família (ESF) como um facilitador positivo na criação de vínculo com as unidades de saúde e no processo de integração à sociedade imigrante, além de realizar ações diretamente no domicílio, contribuindo para um atendimento mais voltado a suas necessidades.

As diferenças culturais foram outro elemento limitador identificado nas pesquisas, pois são capazes de interferir na compreensão do processo de saúde e doença e influenciar nas ações de prevenção e promoção à saúde. Um exemplo é o consumo de batata pela população boliviana, principal componente da alimentação, mas que pode gerar subnutrição e obesidade quando consumidos excessivamente. Na percepção dos profissionais da saúde, há uma grande dificuldade em lidar com alguns aspectos culturais que são distintos da população brasileira^{1,12}.

No estudo conduzido por Delamuta *et al*³, os autores enfatizam que as diferenças culturais podem levar a comportamentos resistentes, tanto por parte dos profissionais da saúde, por entender que os imigrantes devem seguir as conduções predeterminadas e protocolares, quanto por parte dos imigrantes, que podem entender tais condutas como uma forma de agressão à sua cultura.

Quando o choque da diversidade cultural é exposto, os profissionais da saúde necessitam de tempo e espaço para colocar em sua prática clínica novas perspectivas, o que se torna um processo complexo quando a estrutura hierárquica e a instituição são pouco flexíveis. Desta forma, as diferenças culturais podem se transformar em fronteiras profundas para a inserção do imigrante e para o alcance do cuidado em saúde nesta população, já que este processo exige uma grande mobilização subjetiva na relação com o outro¹.

As dificuldades dos profissionais em acolher esta população, aliadas à falta de informação dos imigrantes sobre o funcionamento dos serviços brasileiros, também surgiu como barreira no acesso aos serviços que, apesar de reconhecido em lei, encontra obstáculos para sua efetiva inserção. Em virtude disto, muitos serviços disponíveis à população imigrante não são utilizados, como observado no estudo de Tøndolo e Jesus com a população de imigrantes haitianos em Porto Alegre/RS¹⁵. O grupo de imigrantes realizava menos agendamentos de consultas, interconsultas, práticas e atividades programáticas, inclusive participação nos grupos de prevenção e promoção de saúde. Este fato também é observado no estudo de Assis *et al* (2017)¹⁶, que enfatiza a baixa procura pelos serviços sociais e o desconhecimento, pelos imigrantes haitianos residentes em Belo Horizonte/ MG, do direito à saúde no Brasil.⁵

Nessa perspectiva, compreende-se que os profissionais da saúde necessitam desenvolver estratégias que visem a aproximação do serviço de saúde com a população imigrante. Losco *et al*¹, refere-se à participação de profissionais da saúde em programas de rádio no intuito de divulgar o trabalho realizado pela UBS. Outra ação mencionada é a realização de campanhas de saúde dentro das festas típicas da comunidade imigrante como meio de criar vínculo com a comunidade e continuidade dos atendimentos.

Além desse cenário, uma das maiores barreiras para a inserção do imigrante internacional na sociedade brasileira é vencer o preconceito/discriminação relacionado às situações adversas em que se encontram no país. Constatou-se, nos estudos, diagnósticos médicos baseados na condição de “ser imigrante”, sem considerar o relato do paciente. Ademais, ideias xenofóbicas foram manifestadas por profissionais da saúde ao associar a presença de imigrantes na região ao comprometimento da qualidade de vida e à piora dos serviços, evidenciando igualmente a falta de acolhimento dessa população^{1,10}.

Questões relativas às percepções e concepções dos profissionais da saúde também são mencionadas e afetam a oferta e a organização do acesso aos serviços, impactando diretamente a inserção do imigrante. Um dos aspectos que se destaca na chegada dos imigrantes aos serviços de saúde é a aparência, que gera julgamentos e dificuldades para o atendimento. A sensação de estranhamento diante da presença dos imigrantes motiva questionamentos sobre a obrigatoriedade de atendimento pelo SUS, revelando o desconhecimento dos profissionais sobre as legislações correspondentes aos direitos desta população e despreparo quanto às diferenças socioculturais.³

Para atender às necessidades de saúde dos imigrantes, torna-se importante o desenvolvimento da competência cultural dos profissionais da saúde, conceituada como

conhecimentos, habilidades e atitudes para transcender o conceito de cultura como nacionalidade, etnicidade e idioma, passando a ser entendida como um processo dinâmico, atrelado a aspectos socioeconômicos, políticos, religiosos, psicológicos, biológicos ou, até mesmo, de gênero e idade.³ No campo do conhecimento, é importante que os profissionais conheçam os processos que influenciam a saúde e os cuidados em saúde para uma população com características diferentes da maioria. Quanto à habilidade, considera-se a capacidade de comunicação para superar as barreiras linguísticas existentes. No aspecto referente as atitudes, os profissionais devem considerar sua própria história sociocultural, de vida, e avaliar o quanto ela pode influenciar e resultar em preconceitos pessoais ou mesmo tendência à estereotipagem durante a realização do cuidado.³

5.CONCLUSÃO

Apesar das dificuldades e limitações apresentadas, o Brasil vem buscando implementar o direito humano à saúde aos imigrantes. Porém, o fato de a legislação brasileira estar em acordo com os preceitos éticos dos direitos humanos não está sendo suficiente para atender às necessidades específicas do imigrante e, assim, promover a inserção de fato desta população aos serviços de saúde. Pode-se ponderar, portanto, que a inserção ao cuidado em saúde não tem relação com o direito ao acesso, mas sim com o dia a dia dentro da própria unidade que oferece o serviço.

Desta forma, há de se pensar no princípio da universalidade como o acesso aos serviços de saúde sem barreiras, não se limitando apenas a adentrar nos serviços, mas a participar de todas as ações de saúde, sem limitações, com perspectiva de continuidade e acesso à rede SUS. É necessária uma organização para atender as particularidades dos imigrantes, enfatizando ações que busquem compreendê-los em sua totalidade.

Apesar de haver ações pontuais em alguns serviços de saúde, levanta-se a necessidade de uma política pública que seja uma política de Estado voltada a inserção do imigrante, ainda mais no momento que o Brasil se coloca como receptor de novos fluxos migratórios. Posto isto, é necessário investir na educação para competências culturais direcionada aos profissionais em saúde, de forma a garantir que todos possam receber cuidados de saúde equitativos e eficazes, em particular os que são cultural e linguisticamente de origens diversas.

REFERÊNCIAS

1. Losco LN, Gemma SFB. Atenção Primária em Saúde para imigrantes bolivianos no Brasil. *Interface (Botucatu)* [Internet]. 2021;25:e200477. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/interface.200477>
2. Ferreira SH, Araújo SA de, Jeanlys M, Giuliani CD. O papel de agentes comunitárias de saúde com fluência no idioma crioulo para mulheres atendidas na atenção primária à saúde: um relato de experiência. *CLCS* [Internet]. 5 Abr 2024 [citado 05 Ago 2024];17(4):e5915. Disponível em: <https://ojs.revistacontribuciones.com/ojs/index.php/clcs/article/view/5915>
3. Delamuta KG, Mendonça F de F, Domingos CM, Carvalho MN de. Experiências de atendimento à saúde de imigrantes bengaleses entre trabalhadores da atenção primária à saúde no Paraná, Brasil. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2020 [citado 05 Ago 2024];36(8):e00087019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00087019>
4. Cavalcanti L, Oliveira T, Silva SL. Relatório Anual OBMigra 2023 - OBMigra 10 anos: Pesquisa, Dados e Contribuições para Políticas. Série Migrações. Observatório das Migrações Internacionais; Ministério da Justiça e Segurança Pública/ Conselho Nacional de Imigração e Coordenação Geral de Imigração Laboral. Brasília, DF: OBMigra, 2023
5. Losco LN, Gemma SFB. Sujeitos da saúde, agentes do território: o agente comunitário de saúde na Atenção Básica ao imigrante. *Interface (Botucatu)* [Internet]. 2019[citado 05 Ago 2024];23:e180589. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/Interface.180589>
6. Dias TA. Dignidade da pessoa humana e a exequibilidade do direito à saúde dos imigrantes: análise hermenêutica do decreto 25.681 de 1º de agosto de 2018 do governo de Roraima. *RDH* [Internet]. 20 Dez 2019 [citado 05 Ago 2024];5(2):84-104. Disponível em: <https://indexlaw.org/index.php/direitoshumanos/article/view/6177>
7. Datolli VCC, Lucio DS, Chaves ITS. A utilização da atenção primária à saúde por imigrantes em Florianópolis. *Rev Bras Med Fam Comunidade* [Internet]. Jan-Dez 2019 [citado 06 Ago 2024]; 14 (41): 1-12. Disponível em: [https://doi.org/10.5712/rbmfc14\(41\)1786](https://doi.org/10.5712/rbmfc14(41)1786)
8. Guerra K, Ventura M. Bioética, imigração e assistência à saúde: tensões e convergências sobre o direito humano à saúde no Brasil na integração regional dos países. *Cad saúde colet* [Internet]. Jan 2017 [citado 06 Ago 2024]; 25(1):123-9. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1414-462X201700010185>
9. Guimarães HCQCP, Pena SB, Lopes JL, Guandalini LS, Gamba MA, Barros ALBL de. Evidências científicas sobre as úlceras de pernas como sequela da hanseníase. *Acta paul enferm* [Internet]. Set 2019 [citado 10 Ago 24];32(5):564-70. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-0194201900078>
10. Barbosa L de A, Sales AFG, Cavalcante Neto AS, Oliveira MA de C. Migrantes venezuelanos e direito à saúde: percepções de técnicos de enfermagem de um hospital geral. *Physis* [Internet]. 2024[citado 06 Ago.2024];34:e34036. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-7331202434036pt>
11. Vieira IL de S, Fonseca F, Rodrigues LV, Carrijo APB, Deusdara R. Abordagem integral a imigrantes haitianos em uma Unidade Básica de Saúde do Guara, Distrito Federal: relato de experiência. *Interagir*. 2021 [citado 06 Ago 2024];(32):96-104. doi: 10.12957/interag.202158870. Disponível em: <https://www-periodicos-capes-gov-br.ez1.periodicos.capes.gov.br/index.php/acervo/buscaador.html?task=detalhes&source=&id=W4388728366>.
12. Silva FAJ da, Peres AM, Lourenço RG, Souza MAR de, Figueiredo KC, Camargo CL de. Primary Healthcare of black immigrants during the COVID-19 pandemic. *Rev esc enferm USP* [Internet]. 2023;57(spe):e20220441. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2022-0441en>
13. Lima JBB, Garcia ALJCR, Fachine VMR. Fluxos migratórios no Brasil: haitianos, sírios e venezuelanos. In: Viana AR, organizador. *A midiatisação do refúgio no Brasil*. 1. ed. Rio de

Janeiro: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea); 2020. p. 36-69.

14. Lourenço AKS, Sequeira BJ, Alho RCRM, Gomes DABL. Percepção dos refugiados venezuelanos a respeito do sistema único de saúde no extremo norte do Brasil. REAS [Internet]. 28dez.2020 [citado 05 Ago 2024];12(12):e5269. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/5269>
15. Tøndolo CE da S, Jesus TB. Imigrasus: o acesso dos imigrantes haitianos à uma unidade de saúde da Atenção Primária no município de Porto Alegre (RS). 16º CBAS: Anais do 16º Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais; 30 Out a 03 Nov 2019; Brasília, DF. Brasil, 2019 [citado 06 Ago.2024]; 16(1):1-13, 2019. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-946424>.
16. Assis NM, Martins LL, Souza LMM, Nicolao IA, Souza NM. Acolhimento de imigrantes haitianos via integração ensino-serviço-pesquisa na atenção primária à saúde: relato de experiência. Rev Bras Med Fam Comunidade [Internet]. 7º de julho de 2017 [citado 05 Ago 2024];12(39):1-9. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/1210>

A percepção dos preceptores e graduandos em odontologia sobre o estágio extramuros nas USF, do município de Piracicaba

La percepción de preceptores y licenciados en odontología sobre la pasantía extramural en la USF, en el municipio de Piracicaba

The perception of preceptors and dentistry graduates about the extramural internship at USF, in the municipality of Piracicaba

**Marcelo de Castro Meneghim
Guilherme Gomes Nunes
Stéfany de Lima Gomes
Beatriz Isabel Nogueira Lemos**

RESUMO

Em meados de 1950, o modelo biológico de ensino para profissionais da área da saúde foi modificado, evidenciando a implantação dos estágios extramuros, proporcionando para o discente o aprendizado pela vivência, através do contato com a comunidade e pelo trabalho em equipe multidisciplinar. Somando ao papel de um preceptor para mediar o processo de ensino-aprendizagem, pois o conhecimento é construído pelo sujeito e na sua relação com os outros. O objetivo do estudo foi analisar a percepção dos preceptores e graduandos em relação ao estágio extramuros da Faculdade de Odontologia de Piracicaba, entre 2019 e 2023. Trata-se de um estudo observacional e ecológico, utilizando dados do banco pertencente ao [texto ocultado], que foram obtidos através de dois formulários eletrônicos, preenchidos pelos graduandos e preceptores. A extração dos dados foi realizada pelo Microsoft Office Excel, sendo realizada uma análise descritiva e exploratória. Foram analisadas 129 respostas referentes aos preceptores, e 85 referentes aos graduandos. 93,79% dos graduandos foram bem avaliados no quesito tempo destinado para realização das atividades propostas, assim como 96,89% dos discentes obtiveram boa avaliação nas competências técnicas. 97,66% dos graduandos, quando questionados sobre o impacto do Estágio Extramuros na vida profissional, julgaram como importante. As avaliações realizadas pelos preceptores e graduandos sobre as atividades desenvolvidas foram positivas mediante as atividades que puderam ser desenvolvidas, proporcionando assim uma formação em saúde mais humanizada, abrangente, crítica e reflexiva.

Palavra-chaves: Sistema Único de Saúde, Saúde da Família, Educação em Odontologia, Desenvolvimento Pessoal.

ABSTRACT

In the mid-1950s, the biological teaching model for health professionals was modified, highlighting the implementation of extramural internships, providing students with learning through experience, through contact with the community and through work in a multidisciplinary team. Adding to the role of a preceptor to mediate the teaching-learning

process, as knowledge is constructed by the subject and in their relationship with others. The objective of the study was to analyze the perception of preceptors and undergraduates regarding the extramural internship at Faculty of Dentistry of Piracicaba, between 2019 and 2023. This is an observational and ecological study, using data from the database belonging to [hidden text], which were obtained through two electronic forms, filled out by undergraduates and preceptors. Data extraction was carried out using Microsoft Office Excel, with a descriptive and exploratory analysis being carried out. 129 responses were analyzed regarding preceptors, and 85 regarding undergraduates. 93.79% of undergraduates were well evaluated in terms of time allocated to carry out the proposed activities, as well as 96.89% of students obtained a good evaluation in technical skills. 97.66% of undergraduates, when asked about the impact of the Extramural Internship on their professional life, considered it important. The evaluations carried out by preceptors and undergraduates on the activities developed were positive based on the activities that could be developed, thus providing more humanized, comprehensive, critical and reflective health training.

Keyword: Unified Health System, Family Health, Education, Dental, Staff Development.

RESUMEN

A mediados de la década de 1950 se modificó el modelo de enseñanza biológica para los profesionales de la salud, destacándose la implementación de pasantías extramuros, brindando a los estudiantes el aprendizaje a través de la experiencia, del contacto con la comunidad y del trabajo en equipo multidisciplinario. Sumándose al rol de preceptor el de mediar en el proceso de enseñanza-aprendizaje, que el conocimiento es construido por el sujeto y en su relación con los demás. El objetivo del estudio fue analizar la percepción de preceptores y estudiantes universitarios sobre las prácticas extrauniversitarias en Facultad de Odontología de Piracicaba, entre 2019 y 2023. Se trata de un estudio observacional y ecológico, utilizando datos de la base de datos de [texto oculto], que se obtuvieron a través de dos formularios electrónicos, diligenciados por estudiantes y preceptores. La extracción de datos se realizó mediante Excel, realizándose un análisis descriptivo exploratorio. Se analizaron 129 respuestas de preceptores y 85 de estudiantes de pregrado. El 93.79% de los estudiantes de pregrado fueron bien evaluados en cuanto al tiempo destinado para la realización de las actividades propuestas, así como 96.89% de los estudiantes obtuvieron una buena evaluación en habilidades técnicas. El 97,66% de los estudiantes, cuando se preguntó sobre el impacto de la Práctica Extramural en vida profesional, la consideraron importante. Las evaluaciones realizadas por preceptores y estudiantes de pregrado sobre las actividades desarrolladas fueron positivas en función de las actividades que se podrían desarrollar, brindando así una formación en salud más humanizada, integral, crítica y reflexiva.

Palabra clave: Sistema Único de Salud, Salud de la Familia, Educación en Odontología, Desarrollo de Personal.

1. INTRODUÇÃO

Em 1996, a implantação das Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB) e das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) para os cursos da área da saúde teve como objetivo promover modificações nas grades curriculares, visando uma formação e qualificação mais

adequada para os graduandos. Entre as inovações propostas pelas DCNs, destaca-se a inclusão dos estágios extramuros (EEM) nos cursos de graduação em Odontologia, realizados sob supervisão docente, com a destinação de 20% da carga horária total do curso para essa atividade supervisionada¹.

Com a publicação de novas homologações em 2021, as DCNs passaram a incluir o Sistema Único de Saúde (SUS) como campo obrigatório para os estágios nos cursos de Odontologia². Os EEM oferecem aos discentes uma experiência de aprendizado por vivência prática, envolvendo o contato direto com a comunidade e o trabalho em equipe multidisciplinar³. Essa dinâmica favorece a formação de cirurgiões-dentistas humanizados, com senso crítico sobre o sistema público de saúde⁴, além de contribuir para o desenvolvimento de competências intelectuais, cognitivas, psicomotoras e afetivas⁵.

O papel do preceptor é essencial nesse processo de ensino-aprendizagem, pois, ao atuar durante as atividades do graduando, ele facilita a construção do conhecimento, entendido como um processo que ocorre na interação entre o sujeito e os outros⁶. Essa interação também possibilita a identificação de problemas e a proposição de soluções para os desafios encontrados no cenário de prática⁷.

A Faculdade de Odontologia de Piracicaba (FOP/Unicamp) possui uma tradição de mais de 50 anos na integração docente-assistencial. Durante esse período, foram implementadas diversas mudanças com o objetivo de aprimorar a prestação de serviços na atenção primária à saúde, com especial atenção à Estratégia de Saúde da Família. Recentemente, a [texto ocultado] avançou ainda mais ao integrar cirurgiões-dentistas do Programa de Pós-Graduação em [texto ocultado] como preceptores dos EEM. Essa decisão foi fundamentada na expectativa de que a formação especializada e a experiência dos preceptores contribuam para enriquecer os aspectos formativos desejados durante o estágio, beneficiando diretamente a capacitação dos estudantes.

O presente estudo tem como objetivo avaliar as percepções dos preceptores e dos graduandos do 5º ano da [texto ocultado] em relação ao estágio extramuros realizado nas unidades de Saúde da Família do município.

2. METODOLOGIA

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, sob o número CAAE nº. 68792523.2.0000.5418. Os dados foram coletados a partir do banco de dados do

Mestrado Profissional Gestão e Saúde Coletiva, abrangendo informações relacionadas às avaliações realizadas pelos preceptores e pelos discentes da graduação da FOP/Unicamp durante as atividades do Estágio Extramuros (EEM) nas unidades da Estratégia de Saúde da Família (ESF).

No total, participaram 11 ESFs localizadas na cidade de Piracicaba, todas contando com a presença de um cirurgião-dentista, aluno do Mestrado Profissional Gestão e Saúde Coletiva FOP/Unicamp. O estágio realizado pelos graduandos teve uma carga horária total de 56 horas, distribuídas em 28 horas semanais, alocadas nas segundas, terças e quartas-feiras, ao longo de dois semestres consecutivos, no último ano de graduação. Ao término do estágio, especialmente nos últimos 30 minutos da última sessão semanal, os graduandos eram convidados a responder um questionário on-line previamente disponibilizado, avaliando sua vivência durante o EEM. Paralelamente, os preceptores preenchiam um formulário para avaliar a participação dos graduandos no estágio.

Foram analisados apenas os formulários que estavam integralmente preenchidos, abrangendo um período de cinco anos, de 2019 a 2023. O formulário destinado aos preceptores abordava o desempenho dos discentes no cenário prático das unidades de Saúde da Família (USF). Por sua vez, os formulários respondidos pelos graduandos tratavam de sua vivência e experiência durante o estágio.

O questionário aplicado aos graduandos consistia em perguntas de múltipla escolha, com opções de resposta ("boa", "razoável" e "fraca"), relacionadas às condições do local de estágio, à avaliação geral do estágio, ao acolhimento, à dinâmica das atividades e às condições de trabalho. Ao final do questionário, os graduandos eram convidados a responder duas questões abertas. Todos os dados coletados foram organizados em planilhas no programa Microsoft Office Excel, sendo posteriormente submetidos a uma análise descritiva e exploratória.

3. RESULTADO

Foram obtidas 129 respostas das avaliações realizadas pelos preceptores sobre os discentes da graduação. Conforme apresentado na Tabela 1, 91,47% dos graduandos realizaram as atividades propostas pelo plano de estágio de forma adequada. De maneira semelhante, o aproveitamento do tempo destinado à realização dessas atividades foi considerado "bom" por 93,79% dos preceptores.

No que se refere à competência técnica dos graduandos, 96,89% receberam avaliações positivas. As atividades realizadas estão inseridas no contexto cotidiano das Unidades de Saúde da Família (USF), incluindo atendimento odontológico (abrangendo procedimentos curativos, ações preventivas e palestras), visitas domiciliares, atividades em unidades de ensino e acompanhamento de grupos específicos.

Tabela 1. Avaliação sobre o estágio extramuros pelos preceptores

	Avaliação do estágio					
	Boa		Razoável		Frac	
	n	%	n	%	n	%
As atividades previstas no plano do estágio foram realizadas pelo graduando	118	91,47	11	8,53	0	0
Como foi o tempo destinado ao graduando	121	93,79	8	6,21	0	0
Competência técnica do graduando	125	96,89	4	3,11	0	0

Fonte: Elaboração dos pesquisadores

A Tabela 2 apresenta a avaliação dos preceptores sobre o comportamento e a participação dos graduandos durante o estágio. De acordo com os preceptores, a relação entre os estagiários e seus supervisores foi considerada boa em 100% dos casos. A interação entre os próprios graduandos também foi avaliada positivamente em 98,44% das ocasiões.

A iniciativa dos graduandos recebeu avaliações favoráveis de 96,89% dos preceptores, enquanto a pontualidade e a frequência alcançaram 98,44% de aprovação. O acolhimento e a conduta ética dos discentes foram bem avaliados por 99,21% dos supervisores. Aspectos relacionados à biossegurança e ao vestuário apresentaram 98,44% de avaliações positivas.

Tabela 2. Avaliação dos preceptores sobre os graduandos com relação ao comportamento e participação durante o estágio

	Avaliação do estágio					
	Boa		Razoável		Frac	
	n	%	n	%	n	%

Relação estagiário/supervisor	129	100	0	0	0	0
Relação colegas/estagiário	127	98,44	2	1,56	0	0
Iniciativa	125	96,89	3	2,34	1	0,77
Pontualidade e freqüência	127	98,44	1	0,77	1	0,77
Acolhimento	128	99,21	1	0,79	0	0
Biossegurança	127	98,44	2	1,56	0	0
Vestimenta	127	98,44	1	0,77	1	0,77
Ética	128	99,21	1	0,77	0	0

Fonte: Elaboração dos pesquisadores

Conforme apresentado na Tabela 3 88,28% dos graduandos foram avaliados positivamente pelos preceptores quanto à criatividade. No que se refere ao interesse e à participação durante as atividades propostas nas visitas escolares, 89,14% também receberam avaliações favoráveis. Essas atividades, de caráter preventivo e educativo, incluem palestras, escovação supervisionada, evidenciação de placa bacteriana e apresentações com teatro de fantoches, realizadas em escolas públicas situadas na área de abrangência da Unidade de Saúde da Família (USF).

Além disso, foram analisadas as habilidades dos graduandos em diferentes dimensões. No quesito "habilidade técnica" e "habilidade humana", 96,12% dos discentes obtiveram avaliações positivas. Em relação às habilidades conceituais, o índice foi de 96,89%.

Apesar da predominância de avaliações positivas, alguns aspectos revelam oportunidades de melhoria. Por exemplo, 8,19% dos graduandos consideraram a segurança das unidades apenas razoável, enquanto 7,01% avaliaram-na como fraca. Esses dados sugerem a necessidade de maior atenção às condições de infraestrutura e segurança nas USFs, com o objetivo de oferecer um ambiente mais adequado para o aprendizado e a prática profissional.

Tabela 3. Avaliação dos preceptores com relação a participação dos graduandos durante visita e atividades em escolas próximas à ESF e suas habilidades

Avaliação relacionada à apresentação do teatro nas escolas do Programa			
	Boa	Razoável	Fraca

	n	%	n	%	n	%
Criatividade	114	88,28	15	11,72	0	0
Interesse	115	89,14	12	9,32	2	1,54
Participação	115	89,14	12	9,32	2	1,54
O aluno registra diariamente o diário de bordo no TELEDUC	118	91,47	10	7,75	1	0,78
Avaliação relacionada às habilidades do graduando						
Habilidade Técnica	124	96,12	5	3,88	0	0
Habilidade Humana	124	96,12	5	3,88	0	0
Habilidade Conceitual	125	96,89	4	3,11	0	0

Fonte: Elaboração dos pesquisadores

Foram obtidas 85 respostas relacionadas à avaliação dos graduandos sobre o Estágio Extramuros (EEM) nas Unidades de Saúde da Família (USFs). A Tabela 4 apresenta os dados referentes à avaliação estrutural das USFs pelos discentes. Quanto à infraestrutura física, 94,77% dos graduandos avaliaram as condições das construções de forma positiva. No quesito segurança, 84,24% consideraram as unidades seguras, enquanto 8,19% as classificaram como razoáveis e 7,01% como fracas. Com relação à salubridade e ao relacionamento interpessoal, 94,11% atribuíram avaliações positivas.

Em relação à operação e execução do EEM, 94,77% dos graduandos indicaram que cumpriram as atividades previstas no plano de estágio de maneira satisfatória. Além disso, 98,28% avaliaram positivamente a relação com os preceptores, assim como o acompanhamento nas tarefas realizadas. No que se refere ao interesse dos supervisores pela programação proposta e à conexão entre as atividades do estágio e o conteúdo do curso, 95,94% dos graduandos consideraram essas dimensões adequadas. Por fim, no tocante à disponibilidade de materiais e equipamentos necessários para a realização das atividades, 97,11% dos discentes julgaram que a oferta foi adequada.

Tabela 4. Avaliação dos graduandos sobre a USF e sobre o estágio

	Avaliação da USF pelos graduandos					
	Boa		Razoável		Fraca	
	n	%	n	%	n	%
Infra-estrutura física	81	94,77	4	4,68	0	0

Segurança	72	84,24	7	8,19	6	7,01
Salubridade	81	94,11	4	4,68	0	0
Relacionamento Pessoal	83	97,11	2	2,34	0	0
Avaliação do estágio						
Atividades previstas no plano de estágio foram realizadas?	81	94,77	3	3,51	1	1,17
As atividades realizadas foram acompanhadas pelos preceptores	84	98,28	0	0	1	1,17
Disposição de material e equipamentos para realizar as atividades	83	97,11	2	2,34	0	0
Relação entre as atividades do estágio e do curso	82	95,94	3	3,51	0	0
Interesse dos supervisores pelas atividades	82	95,94	3	3,51	0	0
Relação preceptor/graduando	84	98,28	1	1,17	0	0

Fonte: Elaboração dos pesquisadores

De acordo com a tabela 5, 94,77% dos graduandos relataram uma boa recepção na Unidade de Saúde da Família. Somando-se, 100% dos alunos tiveram suas dúvidas sanadas pelos preceptores.

Tabela 5. Avaliação dos alunos em relação ao acolhimento na ESF

	Avaliação do acolhimento na ESF					
	Boa		Razoável		Fraca	
	n	%	n	%	n	%
Recepção	82	94,77	2	2,34	1	1,17
As dúvidas foram sanadas pelos preceptores	85	100	0	0	0	0

Fonte: Elaboração dos pesquisadores

Conforme os dados apresentados na Tabela 6, 97,66% dos graduandos consideraram o Estágio Extramuros (EEM), realizado nas Estratégias de Saúde da Família (ESFs), como importante para sua formação e vida profissional.

No que se refere às condições de trabalho nas ESFs, 94,77% dos discentes avaliaram positivamente a limpeza das unidades. De maneira similar, as orientações fornecidas em sala de aula, relacionadas ao funcionamento do EEM, foram bem avaliadas, complementadas por 95,94% de respostas positivas quanto às orientações fornecidas pelos preceptores.

No tocante ao tempo destinado à execução dos procedimentos, 83,07% dos graduandos o consideraram adequado. No entanto, 15,21% classificou o tempo como razoável, e 1,17% o consideraram insuficiente, indicando a necessidade de atenção a esse aspecto para otimizar a experiência prática dos discentes.

Tabela 6. Avaliação dos graduandos em relação ao impacto do estágio na vida profissional e em relação às condições de trabalho na ESF

	Avaliação do impacto profissional do estágio					
	Boa		Razoável		Fraca	
	n	%	n	%	n	%
Impacto do estágio na vida profissional	83	97,66	1	1,17	1	1,17
	Avaliação da condição de trabalho, nas ESFs, pelos graduandos					
Limpeza	81	94,77	4	4,68	0	0
Tempo para execução do procedimento	71	83,07	13	15,21	1	1,17
Orientações dadas em sala de aula	81	94,77	4	4,68	0	0
Orientações pelos preceptores	82	95,94	2	2,34	1	1,17

Fonte: Elaboração dos pesquisadores

Os resultados positivos obtidos nas avaliações sobre o estágio extramuros reforçam o potencial desse modelo para formar profissionais mais humanizados e capacitados. Entretanto, seria importante investigar se os mesmos resultados seriam replicados em outras regiões e contextos, considerando a diversidade estrutural e operacional das USFs no Brasil

4. DISCUSSÃO

Com base nas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) propostas pelo Ministério da Educação em 2021, a formação dos graduandos exige a vivência proporcionada pelo estágio

supervisionado, aliada ao desenvolvimento de competências profissionais essenciais, como liderança, tomada de decisão, comunicação e atenção à saúde⁷. Esse processo possibilita uma formação científica, humana e social mais completa, tendo o Sistema Único de Saúde (SUS) como o principal cenário de aprendizado e atuação profissional, integrando ações e serviços como parte fundamental da formação⁴.

Os resultados deste estudo confirmam a importância de os discentes vivenciarem a prática da odontologia em diversos cenários, tanto individuais quanto coletivos, como preconizado pelas DCNs. Essa abordagem prepara os estudantes para o mercado de trabalho de forma mais robusta⁸. O Estágio Extramuros, em particular, destaca-se como uma estratégia potente na formação de profissionais de saúde mais humanizados, ao promover a integração entre o ensino e os serviços de saúde do SUS⁹.

Os dados corroboram os achados de Nascimento e Melo (2022)¹⁰, que demonstraram que estudantes que realizaram estágios na atenção básica (75,5%) desenvolveram habilidades superiores em acolhimento e humanização, em comparação aos que participaram de práticas em clínicas (36,7%) ou disciplinas teóricas (34,7%). Isso evidencia que a vivência fora do ambiente acadêmico tradicional é essencial para a formação integral do graduando.

Além disso, as relações interpessoais estabelecidas durante o estágio, especialmente entre o graduando, o preceptor e a equipe da Unidade de Saúde da Família (USF), desempenham um papel central na formação profissional. Em nosso estudo, essas relações foram avaliadas positivamente na quase totalidade dos casos, corroborando Fonseca et al. (2015)¹¹. Esses autores destacam que o estágio é um momento de troca de conhecimentos e experiências entre o estudante e a equipe de saúde, contribuindo para o fortalecimento dos serviços prestados no âmbito do SUS.

O estudo de Palmier et al. (2021)¹², complementa essa perspectiva, apontando que os preceptores, ao compartilhar suas vivências, possibilitam que os discentes compreendam o cotidiano da assistência em saúde, a organização dos serviços, e as relações com a comunidade e a gestão.

A criatividade, o interesse e a participação em atividades coletivas são igualmente fundamentais para a formação crítica do profissional de saúde. Estudos de Leite et al. (2018)¹³ e Silva Carvalho et al. (2021)¹⁴ ressaltam a importância de cenários de aprendizagem que favoreçam a reflexão e o planejamento de ações coletivas, considerando as necessidades específicas da comunidade e promovendo o trabalho multiprofissional¹⁵. Essa abordagem complementa a formação oferecida em disciplinas intramuros, que frequentemente não conseguem proporcionar experiências práticas em cenários reais¹⁶.

Embora os resultados demonstrem que a correlação entre conteúdos teóricos e práticos é benéfica, alguns desafios permanecem¹⁷. O espaço físico das unidades de saúde pode ser uma barreira para o ensino, e os graduandos frequentemente apontam limitações relacionadas à segurança e à salubridade dos locais de estágio¹¹. Tais questões ressaltam a necessidade de melhorias estruturais para garantir um ambiente seguro e confortável para estudantes e pacientes¹⁸.

Ademais, a sustentabilidade do modelo de estágio extramuros no SUS depende de investimentos contínuos em financiamento, suporte técnico e pedagógico, além de uma integração eficaz entre academia e serviço de saúde. O estudo de Moraes, Cassiano e Costa (2020)¹⁹ destaca a satisfação dos preceptores em desempenhar esse papel, tanto pela oportunidade de aproximar o serviço da academia quanto pela contribuição à formação de cirurgiões-dentistas.

5. CONCLUSÃO

Os resultados deste estudo evidenciam, na percepção dos graduandos, uma clara valorização do estágio extramuros realizado nas Unidades de Saúde da Família (USFs) como um componente essencial de sua formação. A oportunidade de atuar em ambientes comunitários contribuiu significativamente para o desenvolvimento de habilidades clínicas e interpessoais, consolidando competências fundamentais para a prática profissional.

Os preceptores também reconheceram o estágio extramuros como uma oportunidade valiosa para participar ativamente do processo de ensino-aprendizagem, reforçando o vínculo entre a academia e o serviço de saúde. Esse intercâmbio de conhecimentos e experiências fortalece não apenas a formação dos discentes, mas também a qualidade do atendimento ofertado à população.

Apesar dos impactos positivos observados, o estudo também identificou desafios importantes. Entre eles, destacam-se a necessidade de melhorias na infraestrutura das USFs e na segurança percebida pelos graduandos durante a realização das atividades. Para enfrentar essas limitações, recomenda-se a alocação de recursos específicos e a implementação de estratégias de avaliação contínua, assegurando a qualidade do ambiente de ensino e do serviço prestado.

Adicionalmente, a integração das atividades de estágio com as políticas públicas de saúde deve ser fortalecida, ampliando o impacto na formação dos graduandos e na assistência

à saúde da comunidade. Essa abordagem integrativa pode potencializar os benefícios tanto para os futuros profissionais quanto para a população atendida, promovendo uma formação mais alinhada às demandas do Sistema Único de Saúde (SUS).

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES 3, de 19 de fevereiro de 2002. Institui diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em odontologia. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES032002.pdf>.
2. Brasil. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES 3, de 21 de Junho de 2021. Institui diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em odontologia e das outras providências. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/docman/junho-2021-pdf/191741-rces003-21/file>
3. Leme PAT, Pereira AC, Meneghim MC, Mialhe FL. Perspectivas de graduandos em odontologia acerca das experiências na atenção básica para sua formação em saúde. Cienc Saude Colet. 2015;20(4):1255-65. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015204.00812014>
4. Bastos BRMS, Serra CA, Fonsêca GS, Pires FS, Souza CR, Botazzo C. Formação em saúde bucal e Clínica Ampliada: por uma discussão dos currículos de graduação. Revista da Abeno. 2017;17(4):73-86.
5. Faé JM, Silva Junior MF, Carvalho RB, de, Esposti CDD, dos Santos Pacheco KT. A integração ensino-serviço em Odontologia no Brasil. Revista Da ABENO. 2016;16(3):7-18. <https://doi.org/10.30979/rev.abeno.v16i3.286>
6. Forte FDS, Pessoa TRRF, Freitas CHSM, Pereira CAL, Carvalho Junior PM. Reorientação na formação de cirurgiões-dentistas: o olhar dos preceptores sobre estágios supervisionados no Sistema Único de Saúde (SUS). Interface-Comunicação, Saúde, Educação. 2015;19(1):831-843. <https://doi.org/10.1590/1807-57622014.1013>
7. Junior MFS, dos Santos Pacheco KT, de Carvalho RB. Multiplicidade de atuações do acadêmico de Odontologia no estágio curricular: relato de experiência. Arquivos em Odontologia. 2015;51(4):194-204. doi:[10.7308/aodontol/2015.51.4.04](https://doi.org/10.7308/aodontol/2015.51.4.04)
8. Rossoni E, Muller MM. Gestão do cuidado em saúde nos estágios curriculares de Odontologia no SUS. Revista da Abeno. 2022;22(2):1688. <https://doi.org/10.30979/revabeno.v22i2.1688>
9. Forte FDS, Pessoa TRRF, Freitas CHSM, Pereira CAL, Carvalho Junior PM. Reorientação na formação de cirurgiões-dentistas: o olhar dos preceptores sobre estágios supervisionados no Sistema Único de Saúde (SUS). Interface (Botucatu). 2015;19:831-43. <https://doi.org/10.1590/1807-57622014.1013>
10. do Nascimento VL, de Melo MMDC. Conhecimentos e práticas de graduandos de Odontologia sobre educação em saúde requeridos ao Sistema Único de Saúde. Revista da Abeno. 2022; 22(2):1697-1697. <https://doi.org/10.30979/revabeno.v22i2.1697>
11. Fonsêca GS, Junqueira SR, de Araújo ME, Botazzo C. Modelo lógico-ideal para o estágio curricular supervisionado: a educação pelo trabalho na formação Odontológica. Revista Da Abeno. 2015;15(2):2-11. <https://doi.org/10.30979/rev.abeno.v15i2.88>

12. Palmier AC, Teixeira HB, Souza CB, de Amaral JHL, do Weneck MAF, Martins RC. O papel do preceptor na formação profissional em serviço de saúde. *Revista da Abeno*. 2021;21(1): 1704. <https://doi.org/10.30979/revabeno.v21i1.1704>
13. Leite ANDL, Cassotti E, Gouvêa MV. Análise da suficiência das disciplinas teóricas para a prática dos Estágios Supervisionados em Saúde Coletiva. *Diversitates Int J*. 2018; 10(2):14-28.
14. da Silva Carvalho C, Lobachinski KC, de Souza Gaião MAG, Schmitt EJ, Caldarelli PG, Gabardo MCL.. Estágio em serviço público de saúde: percepções de estudantes de Odontologia e consonância com propostas curriculares. *Revista da Abeno*. 2021;21(1): 977-977. <https://doi.org/10.30979/rev.abeno.v21i1.977>
15. Warmling CM, Baldisserotto J, Rocha ET. Acolhimento & acesso de necessidades de saúde bucal e o agir profissional na Atenção Primária à Saúde. *Interface (Botucatu)*. 2019;23: e180398. <https://doi.org/10.1590/Interface.180398>
de Sousa FS, Tonello AS, Pinho JRO. Representação social sobre o aprendizado de estudantes de Odontologia da Universidade Federal do Maranhão inseridos em Estágio Curricular na Atenção Primária à Saúde. *Revista da Abeno*. 2021;21(1):1050-1050. <https://doi.org/10.30979/rev.abeno.v21i1.1050>
16. Leme PAT, Meneghim MC, Pereira AC, Cortellazzi KL, Ambrosano GMB, Mialhe FL. A valoração do Estágio Supervisionado na Unidade de Saúde da Família pelos alunos de Odontologia: quais fatores influenciam sua percepção?. *Revista da Abeno*. 2018;17(4):183–192. doi: 10.30979/rev.abeno.v17i4.486
17. Carvalho CS, Lobachinski KC, Gaião MAGS, Schmitt EJ, Caldarelli PG, Gabardo MCL. Estágio em serviço público de saúde: percepções de estudantes de Odontologia e consonância com propostas curriculares. *Revista da Abeno*. 2021;21(1):977. <https://doi.org/10.30979/rev.abeno.v21i1.977>
18. Moraes BA, Cassiano CCZ, Costa NMSC. Práticas e Estágios de odontologia como estratégias de mudanças para formação no SUS. *Revista Contexto & Saúde*. 2020;20(38):191–199. <https://doi.org/10.21527/2176-7114.2020.38.191-199>

Relação entre dificuldade para higienização da cavidade bucal e autocuidado em pacientes pós covid-19

Relationship between difficulty in cleaning the oral cavity and self care in patients after covid-19

Relación entre la dificultad en la limpieza de la cavidad oral y el autocuidado en pacientes tras covid-19

Ethyenne Alessandra Berechavinski Scendrzyk

Gabriela Fernanda Schiochet

Eduarda da Silva Fugita

Celso Bilynkiewicz dos Santos

Gabrielly Hnedá Fadel

Leticia Brito da Silva

Sthefany Barreto Pereira

Cristina Berger Fadel

RESUMO

Sintomas prolongados, como a incapacidade motora, podem persistir de forma crônica em sobreviventes da covid-19, afetando seu autocuidado e qualidade de vida. Este trabalho tem por objetivo verificar a relação entre a dificuldade para higienização da cavidade bucal e autocuidado de pacientes 12 meses após admissão em Unidades de Terapia Intensiva pós-covid-19 grave de um Hospital Universitário do Sul do Brasil. Trata-se de um estudo transversal analítico com abordagem quantitativa, com dados sociodemográficos, clínicos, de autoavaliação de saúde e escala WHODAS 2.0 de pacientes (n=108) egressos do HURCG do período de março de 2020 a março de 2022. A análise de dados foi realizada através da Mineração de Dados em um processo de Knowledge Discovery in Databases, utilizando modelos de redução da dimensionalidade. Os pacientes foram agrupados de acordo com suas características em Alto Risco e Menor risco. Foram obtidas as variáveis capazes de classificar a dificuldade de higienização da cavidade bucal, dentre elas o autocuidado. Em pacientes com condições de saúde mais graves, menor condição socioeconômica e maior ocorrência de incapacidade verifica-se um alto risco em apresentar dificuldade de higienização da cavidade apesar de ter uma autopercepção de saúde geral e bucal muito positiva. Os pacientes internados em UTI covid-19 apresentam dificuldade para higienização oral embora haja uma boa autopercepção de saúde, devido à aceitação passiva de suas condições.

Palavras-chave: Higiene bucal, Autocuidado, COVID-19.

ABSTRACT

Prolonged symptoms, such as motor disability, may persist chronically in covid-19 survivors, affecting their self-care and quality of life. This work aims to verify the relationship between the difficulty in cleaning the oral cavity and self-care of patients 12 months after admission to Intensive Care Units post-severe covid-19 at a University Hospital in Southern Brazil. This is an analytical cross-sectional study with a quantitative approach, with sociodemographic, clinical, health self-assessment data and the WHODAS 2.0 scale of patients (n=108) discharged from HURCG from March 2020 to March 2022. The analysis of data was carried out through Data Mining in a Knowledge Discovery in Databases process, using dimensionality reduction models. Patients were grouped according to their characteristics into High Risk and Lower Risk. The variables capable of classifying the difficulty of cleaning the oral cavity were obtained, including self-care. In patients with more serious health conditions, lower socioeconomic status and greater occurrence of disability, there is a high risk of having difficulty cleaning the cavity despite having a very positive self-perception of general and oral health. Patients admitted to the covid-19 ICU have difficulty with oral hygiene despite having a good self-perception of health, due to passive acceptance of their conditions.

Keywords: Oral Hygiene, Self Care, covid-19.

RESUMEN

Los síntomas prolongados, como la discapacidad motora, pueden persistir de forma crónica en los supervivientes de la covid-19, afectando su autocuidado y su calidad de vida. Este trabajo tiene como objetivo verificar la relación entre la dificultad en la limpieza de la cavidad bucal y el autocuidado de los pacientes 12 meses después del ingreso en Unidades de Cuidados Intensivos post-covid-19 grave en un Hospital Universitario del Sur de Brasil. Se trata de un estudio analítico transversal, con enfoque cuantitativo, con datos sociodemográficos, clínicos, de autoevaluación de salud y la escala WHODAS 2.0 de pacientes (n=108) dados de alta del HURCG de marzo de 2020 a marzo de 2022. El análisis de los datos fue realizado a través de Minería de Datos en un proceso de Descubrimiento de Conocimiento en Bases de Datos, utilizando modelos de reducción de dimensionalidad. Los pacientes fueron agrupados según sus características en Alto Riesgo y Bajo Riesgo. Se obtuvieron las variables capaces de clasificar la dificultad de limpieza de la cavidad bucal, incluido el autocuidado. En pacientes con condiciones de salud más graves, menor nivel socioeconómico y mayor aparición de discapacidad, existe un alto riesgo de tener dificultades para limpiar la cavidad a pesar de tener una autopercepción de la salud general y bucal muy positiva. Los pacientes ingresados en UCI covid-19 tienen dificultad con la higiene bucal a pesar de tener una buena autopercepción de salud, debido a la aceptación pasiva de sus condiciones.

Palabras clave: Higiene Dental, Autoayuda, COVID-19.

1 INTRODUÇÃO

Desde a identificação do vírus sars-cov-2 na China, a covid-19 atingiu rapidamente o mundo, demonstrando um espectro amplo de gravidade e ameaças à saúde, com impactos ainda não totalmente dimensionados sobre a população e serviços de saúde. Os indivíduos do grupo de risco são aqueles que apresentam maior probabilidade por especialistas em saúde e organizações médicas, como a Organização Mundial em desenvolver sintomas graves ou críticos da covid-19, dentre eles os idosos, fumantes e aqueles com comorbidades prévias, tais como doenças renais, pulmonares e cardíacas crônicas^{1,2}.

Indivíduos que tiveram a forma grave da doença, necessitando de ventilação mecânica e cuidados intensivos, têm uma probabilidade aumentada de apresentar a chamada covid longa^{3,4}, esse termo foi adotado da Saúde (OMS) e o Serviço Nacional de Saúde do Reino Unido (NHS). Essa condição é caracterizada por uma série de manifestações clínicas que persistem no momento pós-infecção, as quais afetam diversos sistemas do corpo humano, incluindo o sistema circulatório, neurológico e respiratório. Além disso, a covid longa pode gerar danos à saúde mental e ao bem estar dos indivíduos⁵. Dentre os sintomas comuns estão a fraqueza, dor muscular, ansiedade, depressão, perda da memória, dificuldade de mobilidade, incapacidade em realizar as atividades habituais e problemas no autocuidado⁶, que resultam em deterioração da vida cotidiana e da qualidade de vida, resultando em desafios tanto para o paciente, quanto para os profissionais e prestadores de cuidados em saúde.

Além disso, sintomas depressivos e de ansiedade podem persistir de forma crônica em sobreviventes da covid-19, influenciando na incapacidade de realizar atividades habituais, como a higiene oral, gerando assim, um efeito danoso na qualidade de vida^{7,8}. Dessa forma, abordar e promover o autocuidado, ao manter um estilo de vida saudável e a prática de exercícios físicos, pode ser fundamental para reforçar a saúde física e mental^{9,10}, permitindo mais autonomia, autocontrole, autoconhecimento e melhora na qualidade de vida^{11,12}.

Os indivíduos com incapacidade e dependência em realizar as atividades da vida diária, em geral, apresentam dificuldade para realizar a escovação dentária devido a baixa força muscular, acarretando em comprometimento funcional¹³. A preservação da saúde bucal está associada à ingestão nutricional, diminuição dos riscos de doenças respiratórias e cardiovasculares e melhor qualidade de vida¹⁴. Além disso, a baixa performance mastigatória e o acúmulo de biofilme está associada a pior condição nutricional, acarretando em quadros de desidratação, anorexia, perda de peso, constrangimento ao se alimentar e

isolamento, trazendo danos à funcionalidade geral do indivíduo¹⁴.

Diante desse cenário, o acometimento multissistêmico da covid longa demonstra a necessidade em haver uma reabilitação integrativa e contínua, com apoio de equipes de fisioterapia motora e respiratória, nutrição, fonoaudiologia, terapia ocupacional e odontológica, a fim de restaurar as condições físicas, psicológicas e sociais¹⁵⁻¹⁷.

Para enfrentar estes desafios, os cirurgiões-dentistas devem desenvolver exponencial conhecimento sobre o assunto, e lançar um olhar crítico sobre as estratégias de prestação de cuidados seguros e de qualidade em saúde bucal junto a pacientes com covid longa. Frente ao exposto, o presente estudo visa verificar a relação entre dificuldade para higienização da cavidade bucal e autocuidado de pacientes pós covid-19 grave de um hospital universitário no sul do Brasil.

2 METODOLOGIA

2.1 Tipo de Estudo/Delineamento

Estudo transversal e analítico, com abordagem quantitativa, elaborado a partir de dados primários de pacientes egressos do Hospital Universitário Regional dos Campos Gerais (HURCG), Paraná, Brasil. Esta pesquisa seguiu as normas da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde com o número de aprovação 4.735.765/2021 do Comitê de Ética em Pesquisa da Plataforma Brasil.

2.2 População

Os participantes da pesquisa foram a totalidade de pacientes egressos de Unidades de Terapia Intensiva (UTI) covid-19 do HURCG, no período de março de 2020 a março de 2022. Os critérios de inclusão foram: pacientes que ficaram internados em UTI por infecção sars-cov-2 por um período superior a 08 dias (indicado no prontuário dos respectivos pacientes); ter recebido alta hospitalar, no mínimo, 365 dias antes da coleta de dados; maior de 18 anos; não ter evoluído a óbito.

Os critérios de exclusão foram: pacientes com incapacidade cognitiva (segundo a avaliação do leito familiar); déficit auditivo não corrigido que impeça o entendimento das perguntas (segundo avaliação do pesquisador); com impossibilidade de fala (segundo a avaliação da família).

2.3 Coleta de dados/ Instrumento de coleta

Para inclusão dos pacientes que participaram da pesquisa, inicialmente foi feita uma busca através do prontuário eletrônico dos pacientes que ficaram internados na UTI do

HURCG disponibilizados pelo G-SUS e Tasy e com permissão de acesso aos dados pela direção do hospital. Destes, para localização dos pacientes que obedeciam aos critérios de inclusão, foi realizada a leitura individual de cada prontuário, buscando os critérios de inclusão, resultando assim nos pacientes elegíveis para pesquisa. Os dados primários foram obtidos por meio de entrevista telefônica gravada, realizada diretamente com o paciente, baseado em um instrumento estruturado com questões de autopercepção de saúde bucal e escala WHODAS 2.0, versão de 12 itens, traduzida e validada para a língua portuguesa no Brasil por Castro e Leite¹⁸⁻¹⁹. O World Health Organization Disability Assessment Schedule (WHODAS 2.0) é um instrumento de avaliação de mensuração da saúde e deficiência no âmbito populacional ou clínico desenvolvido pela OMS. A versão de 12 itens inclui 2 questões por cada um dos 6 domínios – cognição, mobilidade, autocuidado, relações interpessoais, atividades diárias e participação – fornecendo um indicador de funcionalidade global (OMS, 2015)²⁰. A coleta foi realizada por pesquisadores treinados, e não houve limitação de tempo para as respostas. Os participantes tiveram suas identidades totalmente preservadas.

A variável dependente foi a autopercepção em saúde bucal, medida pela pergunta “O senhor apresentou alguma dificuldade para higienizar/limpar a sua boca (dentes, prótese ou gengiva) após a internação por covid?”, com a escala de resposta para “sim” e “não”. As variáveis independentes foram as questões clínicas que englobam o autocuidado, que incluem as perguntas: “O senhor (a) praticou alguma atividade física nos últimos 30 dias?”, “O senhor (a) considera sua alimentação saudável nos últimos 30 dias?” e o WHODAS 2.0 versão 12 itens incluindo apenas os domínios de autocuidado com as questões: “Lavar seu corpo inteiro?” e “Vestir-se?”.

2.4 Análise de dados

Utilizou-se técnicas de Mineração de Dados de aprendizado supervisionado e não-supervisionado, em um processo de *Knowledge Discovery in Databases* (KDD). Esse processo possibilita a obtenção de conhecimentos implícitos nos dados, disponibilizando informações até então desconhecidas, e divide-se em três macro etapas: i) Pré-processamento de Mineração de Dados (MD); ii) Mineração de Dados; iii) Pós-processamento de Mineração de Dados.

As técnicas de mineração permitiram a descrição do perfil da população e de seus subgrupos; a identificação de variáveis preditoras da variável objeto e o desenvolvimento de modelos preditivos. Mais especificamente, identificaram as relações de dependência entre os

indicadores de dificuldade em cuidados da saúde bucal e autocuidado, e as variáveis independentes com capacidade de explicar os agrupamentos que subdividem a amostra.

O Pré-processamento teve por objetivo a eliminação de ruídos e padronização dos dados de entrada bem como o enriquecimento desses dados através da criação de indicadores de qualidade de vida, quantitativos e qualitativos, que medem a dificuldade de higienização e auto-avaliação da saúde bucal. Em um primeiro momento, fez-se a descrição da amostra, através de aprendizado não supervisionado, por meio de técnicas de agrupamento permitindo rotular a amostra.

A mineração de dados propriamente dita engloba a descrição/seleção de atributos, classificação e regressão. Utilizou-se técnicas de aprendizagem não-supervisionadas e supervisionadas visando descrever e rotular a amostra e identificar fatores (variáveis independentes) relacionados à variável dependente. A formação de agrupamentos foi realizada através do algoritmo *SimplesK-means* no *Weka*, definindo a formação de dois centróides (grupo I e II) com características que permitam rotulá-los.

Em um segundo momento, utilizou-se técnicas de redução de dimensionalidade, aplicando a técnica de aprendizagem supervisionada, utilizando os algoritmos *Correlation-based Feature Selection* (CFS), que segundo Santos (2016), seleciona o grupo de variáveis com maior capacidade explicativa da variável desfecho, buscando o conjunto de variáveis com baixa colinearidade entre si e alta correlação com o atributo meta, que no presente estudo refere-se à “dificuldade em higienização bucal”. Além disso, através do Algoritmo *Wrapper*, foi possível obter um conjunto de variáveis com capacidade de prever a classificação da amostra a partir do índice e das classes da dificuldade, motivação e autoavaliação do estado de saúde bucal. Dessa forma, para entender as variáveis com maior potencial de explicar o atributo meta, os chamados *folds* indicam o número de subconjuntos de dados que depois de testados apresentam correlação entre as variáveis. Sendo assim, quando uma variável aparece em todos os subgrupos, indica parâmetro de 100%, ou seja, maior é a relevância dos atributos envolvidos em explicar o atributo meta.

Os modelos de classificação são, então, transformados em regras de produção, na macro-etapa de Pós-processamento, e interpretados juntamente com os resultados da exploração dos dados, com o objetivo de obter a relação entre as variáveis como determinantes para a classificação dos grupos. Nessa etapa, os resultados da descrição da amostra e as variáveis selecionadas foram interpretados juntamente com os resultados da exploração dos dados, com o objetivo de obter a relação entre as variáveis com capacidade de explicar os rótulos dos grupos e as variáveis dependentes.

Para se chegar aos domínios, também utilizou-se a equação para inversão das escalas negativas (Figura 1), adotada em domínios que possuem perguntas com caráter negativo, como no caso do domínio incapacidade, utilizado no presente estudo, antes da aplicação da média geométrica.

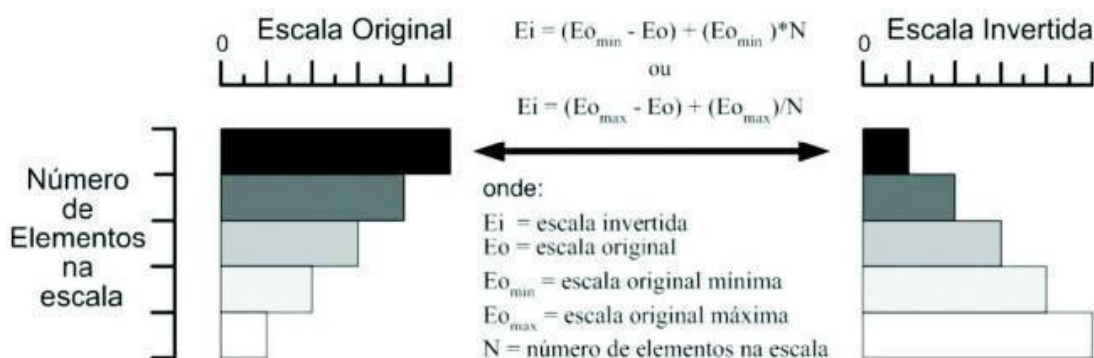


Figura 1- Equação para inversão de escalas.
 Fonte: Santos (2009)

3 RESULTADOS

Ao total, 267 pacientes eram elegíveis para a pesquisa, e destes, 94 indivíduos não atenderam às três ligações realizadas em dias e horários diferentes, 29 foram a óbito nos primeiros anos após a alta hospitalar, 27 apresentavam números de telefone incorretos ou inexistentes, 9 indivíduos se recusaram a participar da entrevista. Ao final, 108 pacientes foram incluídos no estudo.

Após a Mineração dos Dados, foi possível agrupar e descrever a amostra em dois centróides para melhor entendimento do estudo, rotulados por suas características majoritárias, resultando nos grupos: “alto risco” e “menor risco”. Suas principais diferenças estão descritas no Quadro 1 de acordo com as variáveis sociodemográficas, clínicas e de autopercepção de saúde por parte dos entrevistados. Dessa forma, verificou-se que 29 (26%) indivíduos pertencem ao grupo de alto risco, enquanto que 79 (74%) indivíduos estão agrupados no grupo de menor risco.

O grupo de alto risco (Grupo I) é composto por 18 (62%) mulheres e apresenta indivíduos com idade média de 57 anos, com nível de escolaridade baixo (cerca de 8 anos). Neste grupo, há destaque para indivíduos com condições de saúde comprometidas, como a presença de 11 (37%) pacientes com quadro de obesidade grau II, 20 (68%) pacientes com pressão alta e 17 (58%) que sofrem de diabetes, fazendo uso diário de, em média, 5 fármacos. Com relação a dificuldade de higienização/limpeza da cavidade oral nos últimos 30 dias, 21 (72%) indivíduos relataram não apresentar dificuldade, bem como 20 (68%) não

se sentiram menos motivados para realizar tal atividade.

Para o grupo de menor risco (Grupo II), 45 (56%) indivíduos são do sexo masculino, com idade média de 53 anos. Dos 79 indivíduos alocados no Grupo II, 76 (96%) vivem independentes na comunidade, com diferentes situações de trabalho: 22 (27%) dos pacientes têm trabalho remunerado, 21 (26%) são aposentados, 21 (26%) trabalham como autônomos. Além disso, este grupo apresenta uma remuneração familiar maior quando comparada ao Grupo I, bem como condições de saúde menos severas: 27 (34%) dos pacientes encontram-se com obesidade grau I, 42 (53%) não apresentam pressão alta, 52 (65%) não apresentam diabetes, fazendo uso de cerca de aproximadamente 3 medicações por dia. Nenhum paciente deste grupo apresentou dificuldade para higienizar/limpar sua boca nos últimos 30 dias e 74 (93%) não sentiram menor motivação para realizar tal atividade.

Quadro 1 – Caracterização dos agrupamentos baseada nas variáveis sociodemográficas, clínicas e auto percepção de saúde

Grupo	I	II
Variáveis	Grupo de alto risco	Grupo de menor risco
Sociodemográficas	População mais idosa e maior proporção de mulheres Menor nível de educação e variação nas faixas de renda familiar	População mais jovem e maior proporção de homens Maior nível de educação e melhores condições de renda familiar
Clínicas	Condições de saúde mais graves, como obesidade grau II, pressão alta e diabetes descompensada Maior consumo de medicamentos diários e maior prevalência de doenças crônicas	Condições de saúde geralmente menos severas, associadas a menor incidência de problemas cardíacos graves e obesidade extrema Menor consumo de medicamentos diários e menor incidência de doenças crônicas
Auto percepção de saúde (escala WHODAS)	Maior ocorrência de incapacidades, relacionadas a mobilidade e autocuidado	Menor incidências de incapacidades significativas e melhor autoavaliação de saúde

Fonte: Os autores

Os dados da amostra e dos agrupamentos a partir das variáveis selecionadas seguem nas Tabelas 1, 2 e 3, trazendo dados sociodemográficos, clínicos e de auto percepção de saúde dos grupos formados, apresentando a média e desvio padrão dos dados numéricos, a moda, distribuição de frequência e percentual das classes das variáveis categóricas da amostra.

Tabela 1 - Dados da amostra e dos agrupamentos, a partir de variáveis sociodemográficas. HURCG, Paraná. 2024

	Classe	Grupos		
		Geral	I	II
	N	108	29	79
Sexo	M	56.0(51%)	11.0(37%)	45.0(56%)
	F	52.0(48%)	18.0(62%)	34.0(43%)
Idade		54.7315	57.7931	53.6076
		±13.1395	±15.7579	±11.9555
Anos de estudo		10.3738	8.7715	10.962
		±4.6915	±5.9713	±4.011
Condições em que vive no momento da entrevista	independente	98.0(90%)	22.0(75%)	76.0(96%)
	com assistência	9.0(8%)	7.0(24%)	2.0(2%)
	Hospitalizado institucionalizado	1.0(0%)	0.0(0%)	1.0(1%)
		independente	independente	independente
Situação da sua atividade de trabalho	trabalho remunerado	23.0(21%)	1.0(3%)	22.0(27%)
	aposentado	29.0(26%)	8.0(27%)	21.0(26%)
	autônomo	26.0(24%)	5.0(17%)	21.0(26%)
	desempregado	4.0(3%)	2.0(6%)	2.0(2%)
	outros	5.0(4%)	5.0(17%)	0.0(0%)
	dona de casa	16.0(14%)	4.0(13%)	12.0(15%)
	desempregado por problemas de saúde	5.0(4%)	4.0(13%)	1.0(1%)
		aposentado	aposentado	trabalho remunerado
Possui renda Própria		sim	sim	sim
		sim	79.0(73%)	21.0(72%)
		não	29.0(26%)	8.0(27%)
		quatro ou mais	maior que dois	quatro ou mais

Qual a renda mensal da sua família (SM)	até um	15.0(13%)	7.0(24%)	8.0(10%)
	maior que um	17.0(15%)	6.0(20%)	11.0(13%)
	maior que dois	27.0(25%)	8.0(27%)	19.0(24%)
	maior que três	20.0(18%)	4.0(13%)	16.0(20%)
	quatro ou mais	29.0(26%)	4.0(13%)	25.0(31%)

Fonte: Os autores

Tabela 2 - Dados da amostra e dos agrupamentos a partir das condições clínicas. HURCG, Paraná, 2024

	Classe	Grupos		
		Geral	I	II
	N	108	29	79
IMC	raquítico	1.0(0%)	1.0(3%)	0.0(0%)
	normal	11.0(10%)	3.0(10%)	8.0(10%)
	sobrepeso	30.0(27%)	4.0(13%)	26.0(32%)
	obesidade grau I	35.0(32%)	8.0(27%)	27.0(34%)
	obesidade grau II	24.0(22%)	11.0(37%)	13.0(16%)
	obesidade extrema	7.0(6%)	2.0(6%)	5.0(6%)
Pressão alta		sim	sim	não
	não	51.0(47%)	9.0(31%)	42.0(53%)
	sim	57.0(52%)	20.0(68%)	37.0(46%)
Diabetes		não	sim	não
	não	64.0(59%)	12.0(41%)	52.0(65%)
	sim	44.0(40%)	17.0(58%)	27.0(34%)
Doença nas articulações ou nos ossos		não	sim	não
	não	72.0(66%)	14.0(48%)	58.0(73%)
	sim	36.0(33%)	15.0(51%)	21.0(26%)
Doença no coração		não	não	não
	não	92.0(85%)	20.0(68%)	72.0(91%)
	sim	16.0(14%)	9.0(31%)	7.0(8%)
		não	não	não

Derrame cerebral	não	102.0(94%)	25.0(86%)	77.0(97%)
	sim	6.0(5%)	4.0(13%)	2.0(2%)
Outras doenças	não	78.0(72%)	14.0(48%)	64.0(81%)
	sim	30.0(27%)	15.0(51%)	15.0(18%)
Quantos remédios toma por dia		3.8293	4.6838	3.5156
		±2.0815	±2.4236	±1.8612
Dias de internação hospitalar		31.7963	34.8276	30.6835
		±18.7745	±22.9255	±17.0351
Dias de internação em UTI		19.4352	19.6552	19.3544
		±11.8647	±12.6245	±11.6564
Autocuidado (classe)		alto	alto	alto
	baixo	7.0(6%)	7.0(24%)	0.0(0%)
	médio	10.0(9%)	9.0(31%)	1.0(1%)
	alto	91.0(84%)	13.0(44%)	78.0(98%)
Incapacidade		baixa	alta	baixa
	baixa	76.0(70%)	4.0(13%)	72.0(91%)
	média	9.0(8%)	7.0(24%)	2.0(2%)
	alta	23.0(21%)	18.0(62%)	5.0(6%)

Fonte: Os autores

Tabela 3 - Dados da amostra e dos agrupamentos, a partir da autopercepção de saúde. HURCG. Paraná. 2024.

	Classe	Grupos		
		Geral	I	II
	N	108	29	79
	baixo	7.0(6%)	7.0(24%)	0.0(0%)
	médio	10.0(9%)	9.0(31%)	1.0(1%)
	alto	91.0(84%)	13.0(44%)	78.0(98%)
		sim	sim	sim

Praticava alguma atividade física antes da internação por COVID	não sim	48.0(44%)	12.0(41%)	36.0(45%)
		60.0(55%)	17.0(58%)	43.0(54%)
Praticou alguma atividade física nos últimos 30 dias	não sim	não	não	não
		66.0(61%)	23.0(79%)	43.0(54%)
		42.0(38%)	6.0(20%)	36.0(45%)
		sim	sim	sim
Considerava sua alimentação saudável antes da internação por COVID	não sim	33.0(30%)	14.0(48%)	19.0(24%)
		75.0(69%)	15.0(51%)	60.0(75%)
		sim	sim	sim
		16.0(14%)	6.0(20%)	10.0(12%)
Considera sua alimentação saudável nos últimos 30 dias	não sim	92.0(85%)	23.0(79%)	69.0(87%)
		sim	sim	sim
		não	não	não
		100.0(92%)	21.0(72%)	79.0 (100%)
Apresentou dificuldade para higienizar/limpar sua boca nos últimos 30 dias	não sim	8.0(7%)	8.0(27%)	0.0(0%)
		sim	sim	sim
		regular	regular	regular
		2.0(1%)	2.0(6%)	0.0(0%)
Como classificaria seu estado geral em saúde nos últimos 30 dias	muito ruim ruim regular bom muito bom	12.0(11%)	9.0(31%)	3.0(3%)
		30.0(27%)	13.0(44%)	17.0(21%)
		48.0(44%)	5.0(17%)	43.0(54%)
		16.0 (14%)	0.0 (0%)	16.0 (20%)
		sim	sim	sim
		8.0(7%)	4.0(13%)	4.0(5%)
Como classifica seu estado de saúde bucal nos últimos 30 dias	ruim regular bom muito bom	15.0(13%)	5.0(17%)	10.0(12%)
		67.0(62%)	18.0(62%)	49.0(62%)
		18.0 (16%)	2.0 (6%)	16.0 (20%)
		sim	sim	sim

Fonte: Os autores

Com relação às variáveis mais importantes para o estudo, a autoavaliação do estado de saúde geral é menor para o grupo I (maior risco), em que 13 (44%) dos indivíduos retratam sua condição de saúde como média e 11 (37%) como ruim, em contraste com o grupo II em que 59 (74%) indivíduos alocados nesse grupo declaram um nível alto de saúde. Já para a autopercepção da saúde bucal, 20 (68%) dos indivíduos do grupo I apresentaram autoavaliação positiva bem como 65 (82%) pacientes do grupo II. Para o autocuidado, apenas 1 (1%) indivíduo do grupo II declarou autocuidado médio enquanto 79 (99%) declarou um alto autocuidado. No grupo I, 13 (44%) indivíduos declaram um alto autocuidado, contudo, neste grupo, 7 (24%) e 9 (31%) declaram um baixo e médio autocuidado, respectivamente.

Partindo de técnicas de aprendizagem supervisionadas foram identificadas as variáveis preditoras com maior capacidade de explicar os desfechos das classificações. Os fatores mais significativos, atributos selecionados em todos os folds (100%), são os que apresentam maior potencial de classificar a existência de dificuldade para higienização da cavidade bucal. As variáveis relacionadas às questões de autocuidado, foco deste estudo, estão destacadas no quadro 2.

Quadro 2 –Variáveis selecionadas com potencial de explicar a dificuldade para higienizar/limpar sua boca

Algoritmo CFS	Algoritmo Wrapper
(99%) Possui renda Própria (99%) Pressão alta (38%) Outras doenças (100%) Quantos remédios toma por dia (100%) Tomava alguma medicação antes da internação por covid (100%) Apresenta algum sintoma depressivo como tristeza/desânimo persistente e baixa autoestima antes da internação por covid? (100%) Apresentava algum sintoma depressivo como tristeza/desânimo persistente e baixa autoestima nos últimos 30 dias (100%) Praticava alguma atividade física antes da internação por covid (100%) Praticou alguma atividade física nos últimos 30 dias (98%) Considerava sua alimentação saudável antes da internação por covid (95%) Apresentou dificuldade de concentração nos últimos 30 dias (100%) Sentiu-se estar menos motivado para higienizar/limpar sua boca nos últimos 30 dias (99%) Necessitou de pronação (100%) Dias de internação em UTI (100%) Cognição (100%) Participação	(100%) Outras doenças (2%) Praticava alguma atividade física antes da internação por covid (32%) Em geral nos últimos 30 dias por quantos dias essas dificuldades tiveram presentes (100%) Cognição

(100%) Autocuidado	
(100%) Autoavaliação do Estado de Saúde Geral (100%)	
Autoavaliação do Estado de Saúde Bucal	

Fonte: Os autores

Com isso, frente ao objetivo do estudo de apontar as variáveis mais fortemente relacionadas a dificuldade em higienização da cavidade bucal com as questões de autocuidado, é possível verificar no Quadro 2 que as questões envolvendo autocuidado, como: o autocuidado em si em 100% dos folds, prática de atividade física antes e após a internação por covid-19 (100%) e alimentação saudável (98%) estiveram presentes, ou seja, mostrando que o autocuidado influencia fortemente na dificuldade em higienização da cavidade bucal. Ademais, todas as variáveis presentes estão relacionadas com a dificuldade de higienização bucal.

4 DISCUSSÃO

Neste trabalho foi possível verificar a relação entre autocuidado e seu potencial em classificar a existência de dificuldade para higienização da cavidade bucal dos pacientes pós covid-19 grave. Do grupo de alto risco, 8 (27%) indivíduos relataram sentir dificuldade para realizar a higiene da cavidade oral e, em contrapartida, nenhum indivíduo alocado no grupo de menor risco relatou tal dificuldade. Em média, os indivíduos do grupo de menor risco apresentam uma autopercepção do estado de saúde bucal e geral mais positivo quando comparados ao grupo de maior risco, bem como para o autocuidado.

No grupo de menor risco, fazem parte os indivíduos com condições de saúde menos severas e nível de escolaridade maior, enquanto no grupo de alto risco estão alocados aqueles indivíduos com a presença de comorbidades mais graves, idade avançada, sedentarismo e menor condição socioeconômica, estando estes fatores relacionados a maior taxa de morbimortalidade no primeiro ano pós-covid-19²¹⁻²³, justificando a discrepância na quantidade de indivíduos presentes em cada grupo. Além disso, estas condições mais graves de saúde e vida, por si só, estão relacionados à perda da qualidade de vida devido à incapacidade que acarretam²⁴⁻²⁶. Após o internamento em UTI, há maior tendência em ter limitações no dia a dia, no desempenho ocupacional, na realização das atividades de vida diária e atividades instrumentais¹⁵, o que inclui a higienização da cavidade oral.

Além disso, quanto maior o tempo de internação por covid-19, maiores são as sequelas, tornando o paciente dependente, parcial ou totalmente, de auxílio para realizar atividades de vida diária, como a alimentação e a higienização¹⁵. Esse dado reforça os

achados desta pesquisa, que aponta uma relação entre o tempo de internação em UTI e a dificuldade de higienização da cavidade oral, trazendo impacto para o autocuidado do indivíduo. Tais condições graves de saúde estão associadas a fatores como baixa condição socioeconômica, menor escolaridade, sedentarismo e alimentação inadequada^{23,24}, que, por sua vez, aumentam o risco de incapacidade e a dificuldade na higiene bucal.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), o autocuidado refere-se às habilidades do indivíduo, família e comunidade em promover e manter a saúde, prevenir e lidar com doenças e incapacidades, com ou sem o suporte de um profissional de saúde²⁷. Essas ações envolvem a prática regular de atividades físicas, alimentação saudável, uso correto de medicamentos e higienização pessoal e bucal^{28,29}, o que favorece a autonomia, independência e autocuidado do paciente³⁰⁻³², refletindo na qualidade de vida do indivíduo^{15, 25,26}.

Dessa forma, neste estudo, além das questões sobre dificuldades em “Lavar seu corpo inteiro” e “Vestir-se”, foram utilizadas questões envolvendo a prática de atividade física e alimentação saudável para avaliar o autocuidado do paciente. Com relação a prática de atividades físicas, antes e após o internamento em UTI, houve uma queda na porcentagem de indivíduos praticantes, em que apenas 42 (38%) realizavam tal atividade, demonstrando maior dificuldade para a realização de exercícios e menor autocuidado pós internamento³³, o que pode estar relacionado com a menor força muscular, dificuldade de mobilidade, fadiga e o menor autocuidado, como sequela da covid-19^{3,6}.

Aliado a isso, há a prevalência de indivíduos acima do peso ideal em ambos os grupos, o que pode ser explicado pela associação entre obesidade e o desenvolvimento de sintomas mais graves da covid-19, maiores taxas de hospitalização e mortalidade³⁴. A má alimentação e o estado nutricional inadequado debilitam o sistema imunitário do indivíduo, tornando-o vulnerável³⁵. Este estudo encontrou uma associação entre obesidade, atividade física e alimentação inadequada com um maior risco de dificuldade na higienização bucal. Esses resultados estão em linha com a literatura, que indica que pacientes obesos que desenvolveram formas graves da covid-19 frequentemente enfrentam dificuldades para realizar atividades diárias, devido a sintomas persistentes, como dispneia e fadiga³⁶⁻³⁷.

Em relação ao cenário discutido, uma das sequelas encontradas na covid longa é a presença de lesões nos membros superiores dos pacientes, interferindo na realização de suas atividades de vida diária, como a higienização bucal¹⁵. Essa lesão está relacionada à neuropatia, mostrando-se com muita intensidade nos indivíduos que passaram por longos períodos de internação, demonstrando a necessidade de intervenções práticas para avaliar,

prevenir e reabilitar, minimizando tais prejuízos no futuro¹⁵.

Portanto, uma deficiência em cuidados com a higiene bucal pode resultar no surgimento de cáries e doença periodontal. A presença desses focos inflamatórios está relacionada com o agravamento de diversas doenças sistêmicas, como alterações cardiovasculares e respiratórias, diabetes, disfagia e sarcopenia³⁸⁻³⁹. Além disso, problemas dentários levam à deterioração da qualidade de vida devido a quadros de dor e desconforto durante a alimentação e fala, impactando negativamente na confiança, autoestima e nutrição⁴⁰⁻⁴¹. Indivíduos que apresentam duas ou mais doenças sistêmicas simultaneamente, tendem a apresentar incapacidade e dependência para realizar atividades instrumentais, menor chance de apresentar uma dentição funcional e pior autopercepção de saúde bucal^{42,43}.

Neste estudo, os indivíduos com condições de saúde mais graves (grupo I) apresentaram uma autopercepção de saúde geral e bucal mais baixa quando comparado com a autopercepção dos indivíduos com condições menos severas e melhores condições socioeconômicas (grupo II). Isso se deve ao fato de que a autopercepção de saúde é entendida como a interpretação que o indivíduo faz sobre si próprio e de suas experiências diárias baseado em contextos sociais e históricos⁴⁴⁻⁴⁶. Além disso, a autopercepção de saúde bucal mostrou-se melhor que a autopercepção de saúde sistêmica, demonstrando que mesmo o indivíduo que se diz insatisfeito com sua saúde geral, julgam sua saúde bucal como boa, sugerindo que estes consideram como normal sua condição de saúde bucal ao comparar com sua condição sistêmica⁴⁷, demonstrando uma aceitação passiva da deterioração da condição de higiene⁴⁸, ao deixar de lado seu cuidado com a saúde bucal^{12,49}.

Ademais, a autopercepção de saúde bucal pode influenciar na busca por atendimento odontológico e prática de autocuidado⁵⁰. Pacientes que apresentam autopercepção positiva de saúde têm maior tendência em buscar atendimento odontológico de forma regular, adotar hábitos mais saudáveis, enquanto indivíduos que têm baixa autopercepção podem negligenciar sua saúde bucal, menor busca por atendimento, diagnóstico e tratamento de problemas bucais, afetando de forma negativa sua saúde mental e autoestima⁵⁰.

Sendo assim, o autocuidado em pacientes pós-covid-19 grave demonstrou ser um aspecto importante para classificar a dificuldade de higienização da cavidade bucal, principalmente nos indivíduos de maior risco. Evidenciando a necessidade de ações individualizadas para a reabilitação da funcionalidade através de práticas de adaptação, autonomia, segurança e independência, gerando uma resposta positiva para o autocuidado e higienização bucal, promovendo saúde oral e geral.

As limitações deste estudo estão relacionadas ao acesso ao telefone e disponibilidade de tempo para responder a entrevista telefônica. A falta de um grupo controle tornou difícil inferir se os sintomas e dificuldades relatados foram causados pela infecção por sars-Cov-2, comorbidades pré-existentes ou efeitos sociais relacionados à pandemia. Outra limitação pode ser associada à percepção subjetiva dos indivíduos sobre seu estado de saúde funcional e das manifestações da covid longa.

5 CONCLUSÃO

O autocuidado com a saúde bucal pode ser avaliado por meio da realização de atividades da vida diária associada à capacidade funcional, refletindo na qualidade de vida do sujeito. O paciente que apresenta comorbidades associadas à internação em UTI por covid-19 pode apresentar a longo prazo, incapacidades que limitam seu desempenho e realização de atividades, incluindo a higienização da cavidade bucal.

Neste estudo, os sujeitos de pesquisa com condições de saúde mais graves apresentaram uma autopercepção de saúde geral e bucal mais baixa quando comparados com indivíduos mais saudáveis alocados no grupo de menor risco. Além disso, a autopercepção de saúde bucal é mais positiva em relação à saúde geral, demonstrando sua aceitação passiva de sua condição oral. Sendo assim, se faz importante para a saúde pública o entendimento e implicações que a covid grave traz, tanto para o campo de reabilitação de pacientes com incapacidades quanto para o autocuidado desses indivíduos.

REFERÊNCIAS

1. JIANG, CM; et al. Changes in Oral Health Policies and Guidelines During the COVID-19 Pandemic. *Front Oral Health*. 2021, v. 2. Disponível em: <https://doi.org/10.3389/froh.2021.668444>.
2. CUTLER, DM. The Costs of Long COVID. *JAMA Health Forum*. 2022, 3(5):e221809. Disponível em: [10.1001/jamahealthforum.2022.1809](https://doi.org/10.1001/jamahealthforum.2022.1809).
3. COSTA, TDC.; RIBEIRO, FS; SILVA, GJP. Capacidade funcional de pacientes pós COVID-19 e fatores associados. *Rev Estudos Interdisciplinares*, São Luís, v. 3, n. 1, jan/mar 2023. Disponível em: <https://periodicos.undb.edu.br/index.php/rem/article/view/78/88>.
4. DEL RIO, C; COLLINS, LF; MALANI, P. Long-term Health Consequences of COVID-19. *JAMA*. 2020, 324(17):1723-1724. doi:10.1001/jama.2020.19719.
5. MALIK, P; PATEL, K; PINTO, C; JAISWAL, R; TIRUPATHI, R; PILLAI, S; PATEL, U. Post-acute COVID-19 syndrome (PCS) and health-related quality of life (HRQoL) – A systematic review and meta-analysis. *Wiley, Journal of medical virology*. 2021, v. 94, ed. 1. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/jmv.27309>.

6. POLETTI, S; et al. Long-term consequences of COVID-19 on cognitive functioning up to 6 months after discharge: role of depression and impact on quality of life. **Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci**. 2022, v. 272. p. 773-782. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s00406-021-01346-9>.
7. COELHO, BB.; MACHADO, J; JÚNIOR, GRS; FIGUEIREDO, DR. **Agreement between self-reported oral disorders during and after COVID-19 and clinical conditions of patients in municipality in Southern Brazil**. RFO UFP, Passo Fundo, v. 28, n. 1, p.132-146, jan/abr, 2023. Disponível em <http://dx.doi.org/10.5335/rfo.v28i1.15169>.
8. HAMER, M; KIVIMÄKI, M; GALE, CR; BATTY, GD. Lifestyle risk factors, inflammatory mechanisms, and COVID-19 hospitalization: A Community-based cohort study of 387,109 adults in UK. **Brain, Behavior and Immunity**, v. 87, p. 184-186, Jul 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.05.059>.
9. NARASIMHAN, M; ALLOTEY, P; HARDON, A. Self Care interventions to advance health and wellbeing: a conceptual framework to inform normative guidance. **The BJM**, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/bmj.l688>.
10. BERMEJO-MARTINS, E.; et al. Different Responses to Stress, Health Practices, and Self-Care during COVID-19 Lockdown: A Stratified Analysis. **Int. J. Environ Res Public Health**, v. 18, ed. 5, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/ijerph18052253>.
11. GÓIS ARS; RODRIGUES TS; TELES RBA. Functional capacity and self-care in post-COVID-19 patients in a recovery program. **Aquichan**. 2024;24(2):e242X. <https://doi.org/10.5294/aqui.2024.24.3.3>.
12. GOMES, MJ; RAMOS, OM. Saúde oral e qualidade de vida em idosos institucionalizados. **Egitania Scientia**, 29 (jun/dez), 2021, p.153-168. Disponível em: <https://doi.org/10.46691/es.v2i29.29>.
13. RAMOS, TMC. Saúde bucal e condição funcional de idosos que vivem em instituições de longa permanência. 2023, p. 169 [dissertação]. Disponível em: <http://hdl.handle.net/1843/60099>.
14. FERREIRA, RP; ALVES, LM; MANGILLI, LD. Associação entre risco de disfagia e sinais sugestivos de sarcopenia, estado nutricional e frequência de higiene oral em idosos hospitalizados. **CoDAS**, n. 36, ed. 1, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2317-1782/20232022232pt>
15. THOMAS, C; et al. An evaluation of handgrip strength in post-COVID-19 patients with upper limb dysfunction and its impact on functionality. **Rev Conjecturas**, v. 22, n. 4, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.53660/CONJ-730-A05>.
16. LING NA; STREIM, JE. Psychosocial Well-Being Associated With Activity of Daily Living Stages Among Community-Dwelling Older Adults. **Sage Journals. Gerontology and Geriatric Medicine**, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/2333721417700011>.
17. PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION, World Health Organization. Epidemiological alert: complications and sequelae of COVID-19. **Geneva**, 12 Aug. 2020. Disponível em: <https://www.paho.org/en/documents/epidemiological-alert-complications-and-sequelae-covid-19-12-august-2020>.
18. CASTRO SS, LEITE CF. Avaliação de Saúde e Deficiência: Manual do WHO Disability Assessment Schedule (WHODAS 2.0). Organização Mundial da Saúde, 2015.
19. CASTRO SS, LEITE CF. Tradução e adaptação transcultural do World Health Organization Disability Assessment Schedule-WHODAS 2.0. **Fisioterapia e Pesquisa**, v. 24, n. 4, p. 385-391, 2017.
20. OMS. Avaliação de Saúde e Deficiência: Manual do WHO Disability Assessment Schedule (WHODAS 2.0). 2015. Disponível em: chrome-extension://efaidnbmninnibpcapjpcglclefindmkaj/https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43974/9788562599514_por.pdf;sequence=1.

21. SOEIRO, AM; PÊGO-FERNANDES, PM. Alterações cardiológicas pós-Covid-19. **Rev Diagnóstico e Tratamento**, 2021;26(4):137-9.
22. ARAÚJO et al. Risk factors for the persistence of symptoms thirty days and one year after the diagnosis of COVID-19. **Electronic Journal Collection Health**, v. 23(8), 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.25248/REAS.e13248.2023>.
23. SILVEIRA; et al. Aspectos das manifestações da síndrome pós-Covid-19: uma revisão narrativa. **Rev Eletrônica Acervo Saúde**, v. 13(12), 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.25248/REAS.e9286.2021>.
24. CARVALHO, EA. **Autocuidado de pessoas com diabetes mellitus e hipertensão arterial sistêmica em condições pós-Covid** [dissertação], 2024.
25. MALTA, DC; et al. Probabilidade de morte prematura por doenças crônicas não transmissíveis, Brasil e regiões, projeções para 2025. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 22, p. 1-13, 2019.
26. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Doenças não comunicáveis**. 2022. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>.
27. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Putting people first in managing their health: new WHO guideline on self-care interventions. Geneva: **WHO**, 2021.
28. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Prevenção e Promoção da Saúde. **Autocuidado em Saúde e a Literacia para a Saúde no contexto da promoção, prevenção e cuidado das pessoas em condições crônicas**: guia para profissionais da saúde [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Prevenção e Promoção da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2023.
29. PINTO, AH; et al. Capacidade funcional para atividades da vida diária de idosos da Estratégia de Saúde da Família da zona rural. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 11, p. 3545-3555, nov. 2016.
30. MACAYA BP; ARANDA GF. Cuidado y autocuidado en el personal de salud: enfrentando la pandemia COVID-19. **Revista Chilena de Anestesia**, 49(3), 356–362, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.25237/revchilanestv49n03.014>.
31. CORDEIRO, ARC. E depois da doença Covid-19? Cuidados da enfermagem de reabilitação. 2022, p. 157, Lisboa [dissertação]. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.26/45541>.
32. TORRES, HC; SOUZA, ER; LIMA, MHM; BODSTEIN, RC. Intervenção educativa para o autocuidado de indivíduos com diabetes mellitus. **Acta Paul Enferm**, n. 24, ed. 4, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-21002011000400011>.
33. LOPES, LB; SOUZA, GTB; SILVA, MC; BARBOSA, RRB. Fatores relacionados a intolerância ao exercício na alta de pacientes hospitalizados por COVID-19. **Acta Fisiárt**, set, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/issn.2317-0190.v30i3a214174>.
34. MOTA; et al. The influence of obesity on severe Covid-19. **Research, society and development**, v. 10, n. 11, e552101120108, 2021. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i11.20108>.
35. DUTRA, AFFO; DIAS, ADC; ARAÚJO, DGS; SILVA, EM; SILVA, IMF.; GOMES, LMF. A importância da alimentação saudável e estado nutricional adequado frente a pandemia de Covid-19. **Braz J of Develop**, Curitiba, v. 6, n. 9, p.66464-66473, 2020. Doi: 10.34117/bjdv6n9-181.
36. OLIVEIRA, RM; AZEVEDO, GS. Análise da capacidade funcional de obesos em fase pré-operatória de cirurgia bariátrica pós-Covid-19. **Rev Bras de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento**, v. 16, n. 101, p. 362-373,2022.
37. PEÑAS; et al. Obesity is associated with a greater number of long-term post-Covid Symptoms and

- poor sleep quality: A multicentre case-control **Study**. *Int J Clin Pract*, 2021. doi: <https://doi.org/10.1111/ijcp.14917>.
38. SANTOS, CB; PEDROSO, B; SCANDELARI, L; PILATTI, LA. Qualidade de vida: Interpretação da sintaxe do SPSS para análise de dados do WHOQOL-100. **Revista de Salud Pública**, v. 11, n. 5, p. 836-841, 2009. ISSN 0124-0064.
 39. SANTOS, FR; FIAMONCINI, JD; CERA, ML; SATLER, CE. Impacts on cognition of older adults infected by COVID-19: A literature Review. **Uningá Review**, 38, eURJ4463, 2023. Doi: doi.org/10.46311/2178-2571.38.eURJ4463.
 40. KIM, YT et al. Association between health status and tooth loss in Korean adults: Longitudinal results from the National Health Insurance Service-Health Examinee Cohort, 2002-2015. *Journal of Periodontal & Implant Science*, 2019;49(3):158-70. Doi: 10.5051/jpis.2019.49.3.158.
 41. KONISHI M; et al. An investigation of tooth loss factors in elderly patients using panoramic radiographs. *Oral Radiology*, 2020;37(3), 436-442. Doi: 10.1007/s11282-020-00475-6.
 42. KOGA, RS; TEIXEIRA, DSC; DUARTE, YAO, FRAZÃO, P. Dependência funcional e qualidade de vida relacionada à saúde bucal em um coorte de 15 anos com pessoas idosas: um estudo caso controle. **Rev Bras Geriatr Gerontol**, n. 27, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-22562024027.230268.pt>.
 43. FERREIRA, ACD; et al . Oral hygiene and its correlation with the general health of dependent elderly people: A literature review. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 8, p. e20410817061, 2021. DOI: 10.33448/rsd-v10i8.17061.
 44. MATTOS, S; MOREIRA, T; FLORÊNCIO, R; CESTARI, V. Elaboração e validação de um instrumento para mensurar Autopercepção de saúde em adultos. **Saúde Debate**, n. 45 (129), 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202112909>.
 45. KREVE S; D'AVILLAS GC; SANTOS LO; REIS AC. Autopercepção da saúde bucal de idosos. **Clin Lab Res Den. Aged; Self Concept**; Oral Health. 2020.
 46. PAVÃO, ALB; WERNECK, GL; CAMPOS, MR. Autoavaliação do estado de saúde e a associação com fatores sociodemográficos, hábitos de vida e morbidade na população: um inquérito nacional. **Cad Saúde Pública**, n. 29, ed. 4, Abril, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2013000400010>.
 47. MELO, LA; SOUSA, MM; MEDEIROS, AKB; CARREIRO, AFP; LIMA, KC. Fatores associados à autopercepção negativa da saúde bucal em idosos institucionalizados. *Ciência e saúde coletiva* 21 (11), nov 2016. Doi: <https://doi.org/10.1590/1413-812320152111.08802015>.
 48. NOGUEIRA, CMR; FALCÃO, LMN; NUTO, SAS; SAINTRAIN, MVL; VIEIRA-MAYER, APGF. Autopercepção de saúde bucal em idosos: estudo de base domiciliar. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.** 2017; 20 (1): 7-19.
 49. RIBEIRO, AE; SANTOS, GS; BALDANI, MH. Edentulismo, necessidade de prótese e autopercepção de saúde bucal entre idosos institucionalizados. **Saúde Debate**, 47 (137), 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202313716>.
 50. OLIVEIRA; PHM. Itinerários terapêuticos de adultos negros periféricos em busca de saúde bucal na pandemia da covid-19. 2023, p. 104 [dissertação]. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/handle/ri/40050>.

O cenário da atenção à saúde do adolescente em Ceilândia, Distrito Federal, Brasil¹

The setting of the health care teenager in Ceilandia, Distrito Federal, Brazil

El ajuste de la atención de la salud adolescente en Ceilandia, Distrito Federal, Brasil

Nágila Freitas

RESUMO

A adolescência é caracterizada como um período de mudanças biopsicossociais. A construção de programas de saúde direcionados aos adolescentes data na década de 80, mas estudos mostram que as ações de atenção à saúde acontecem de forma incoerente com o que é proposto. O estudo, de natureza qualitativa com caráter descritivo exploratório, objetivou conhecer o cenário de atendimento em saúde do adolescente da cidade de Ceilândia, Distrito Federal. A coleta de dados foi realizada por meio de consultas a documentos oficiais e entrevista semiestruturada com 15 adolescentes do ensino médio e com a responsável pela coordenação regional da saúde do adolescente em Ceilândia. Os resultados revelaram que a atenção à saúde do adolescente enfrenta dificuldades devido aos serviços de saúde priorizarem ações curativas. A falta de embasamento sobre a adolescência e a ideia dos profissionais de que um atendimento biopsicossocial está associado à existência de espaços físicos específicos são outras dificuldades enfrentadas. A articulação entre educação e saúde mostra-se como uma grande estratégia para a melhoria do atendimento e uma atenção de caráter biopsicossocial ao adolescente. Evidenciou-se, portanto, a necessidade de reorganização das ações dos serviços de saúde para adequação dos serviços e prestação de um atendimento de qualidade.

Palavras-chave: Saúde do Adolescente, Políticas Públicas de Saúde, Atenção à Saúde.

ABSTRACT

Adolescence is characterized as a period of several biopsychosocial changes. The construction of health programs targeted to adolescents date in the 80s, but studies show that health care actions occur inconsistently with what is proposed. The study, qualitative with descriptive exploratory character, aimed at knowing the care scenario in adolescent health of the city of Ceilândia, Distrito Federal. Data collection was carried out through consultations with official documents and semistructured interviews with 15 high schoolers and with responsibility for regional coordination of adolescent health in Ceilândia. The results showed that attention to

¹ Artigo baseado no trabalho de conclusão de curso intitulado “**Saúde e atendimento do adolescente em Ceilândia, Distrito Federal**” apresentado à Faculdade de Ceilândia da Universidade de Brasília (FCE/UnB) em março de 2013.

adolescent health faces difficulties due to health services prioritize curative actions. The lack of foundation on adolescence, the idea of the professionals that a biopsychosocial care is associated with the existence of specific physical spaces other difficulties faced. The link between education and health is shown as a great strategy for improving care and biopsychosocial character attention to adolescents. It was evident, bearing the need for reorganization of the actions of health services for adequacy of services and providing a quality service.

Keywords: Adolescent Health, Health Public Policy, Health Care.

RESUMEN

La adolescencia se caracteriza por ser un período de cambios biopsicosociales. La construcción de los programas de salud dirigidos a los adolescentes la fecha en los años 80, pero los estudios muestran que las acciones de salud se producen de manera incompatible con lo que se propone. El estudio cualitativo de carácter exploratorio descriptivo, objetivo conocer el escenario de la atención en salud de los adolescentes de la ciudad de Ceilândia, Distrito Federal. La recolección de datos se llevó a cabo a través de consultas con los documentos oficiales y entrevistas semiestructuradas con 15 estudiantes de secundaria y con la responsabilidad de la coordinación regional de salud de los adolescentes en Ceilândia. Los resultados mostraron que la atención a la salud del adolescente se enfrenta a dificultades debido a los servicios de salud dan prioridad a las acciones curativas. La falta de base sobre la adolescencia, la idea de que los profesionales de la atención biopsicosocial está asociado con la existencia de espacios físicos específicos otras dificultades que enfrentan. El vínculo entre la educación y la salud, se muestra como una gran estrategia para mejorar el servicio y una atención de carácter biopsicosocial a los adolescentes. Evidencia si llevar a la necesidad de reorganización de las acciones de los servicios de salud para la adecuación de los servicios y proporcionar un servicio de calidad.

Palabras-clave: Salud del Adolescente, Política de Salud Pública, Cuidado de la Salud.

1 INTRODUÇÃO

A adolescência é um período definido histórica, cultural e socialmente cujas mudanças biopsicossociais são fortemente influenciadas pelo meio onde o adolescente vive e interage^{1,2}. E com estas mudanças nos coloca face a desafios constantes que exigem serviços e ações de saúde específicos devido à exposição às mais diferentes situações de risco à saúde, sendo impossível tentar conhecer o adolescente de um ponto de vista mais genérico³.

O adolescente torna-se, portanto, membro de um segmento populacional que necessita de ações e serviços de saúde que enfoquem adequadamente as diferentes demandas e necessidades biopsicossociais, proporcionando um acompanhamento do crescimento e desenvolvimento do sujeito até o início da vida adulta, de acordo com o seu potencial biológico, psicológico e social². O acompanhamento do sujeito é um procedimento de

fundamental importância para ações de promoção à saúde e prevenção de agravos que são desenvolvidas no âmbito da atenção básica no Sistema Único de Saúde, que orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, da coordenação do cuidado, do vínculo, da continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização e da equidade⁴.

Contudo, a organização dos serviços de saúde para a prestação do cuidado à saúde da população ainda se caracteriza por uma centralidade nas ações curativas, desconsiderando os aspectos da vida social, de trabalho, da sexualidade, da situação psicoemocional, de situações de vulnerabilidade ou de riscos para violências, acidentes, uso abusivo de álcool e drogas, entre outros². Conforme Muza e Costa⁵, ao mesmo tempo em que o adolescente se mostra resistente em se aproximar das instituições de saúde, estas, por sua vez, apresentam dificuldades para acolhê-lo, especialmente quando a demanda ultrapassa as questões orgânicas-biológicas. Sendo, portanto, necessário haver um entendimento da dimensão biopsicossocial na qual o sujeito está inserido, ultrapassando os aspectos biológicos do processo saúde-doença.

Por isso, tendo em vista que a adolescência é uma fase da vida de várias transformações, é preciso que os serviços de saúde destinados a esta clientela enfoquem adequadamente as suas necessidades e demandas, a partir de uma visão multidimensional do processo saúde-doença. Para tanto, é preciso que tenha-se conhecimento das ações de atenção à saúde do adolescente e qual o grau de convergência das ações propostas com as necessidades declaradas pelos adolescentes, com intuito de saber o porquê, na prática, da dificuldade dos serviços de saúde de atendê-los e realizar maior captação desse sujeito aos serviços de saúde. Portanto, diante da vulnerabilidade da população adolescente e da existência dessa fragmentação dos serviços de saúde prestados, este estudo objetivou conhecer o cenário do atendimento à saúde do adolescente na região administrativa de Ceilândia, Distrito Federal.

2 METODOLOGIA

Considerando o objetivo do estudo, tratou-se de um estudo exploratório e descritivo com abordagem de natureza qualitativa.

A amostra do estudo foi constituída por adolescentes regularmente matriculados em um dos dez centros de Ensino Médio da Rede Pública de Ensino da cidade de Ceilândia, participantes do Projeto de Estruturação e Implantação de Centros de Pesquisa e Extensão na

Universidade de Brasília e em Ceilândia, desenvolvido pela Faculdade de Ceilândia em parceria com a Diretoria Regional de Ensino de Ceilândia, e pela coordenadora do Programa de Atenção Integral à Saúde do Adolescente da cidade de Ceilândia. Foram feitos 20 contatos para agendamento de reunião com os pais para a solicitação de autorização da participação dos adolescentes no estudo, dos quais 05 não foram localizados e 15 concordaram com essa participação por meio da assinatura prévia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e Termo de Autorização para Utilização de Imagem e Som de Voz para fins de Pesquisa.

Para a coleta de dados do estudo utilizou-se da entrevista semiestruturada, caracterizada por combinar perguntas fechadas e abertas, em que o entrevistado tem a possibilidade de discorrer sobre o tema proposto, sem respostas ou condições prefixadas pelo pesquisador⁶. Para cada segmento a ser entrevistado foi elaborado um roteiro de entrevista, que segundo Manzini⁷ é utilizado tanto para a coleta de informações básicas, a partir de perguntas que auxiliem no alcance dos objetivos pretendidos e como um instrumento para o pesquisador se organizar para o processo de interação com o sujeito participante da pesquisa. As entrevistas foram realizadas no mês de janeiro de 2013 e contou com 15 adolescentes respondentes, bem como com a profissional responsável pela Coordenação Regional da Saúde do Adolescente. Dos adolescentes, 11 eram do sexo feminino e 04 do masculino, com uma média de idade de 16 anos.

Para a análise dos dados obtidos foi utilizada a técnica metodológica denominada discurso do sujeito coletivo que consiste na análise, organização e tabulação de depoimentos extraindo-se de cada um deles as ideias centrais, a partir de expressões chave a que se referem. A partir das ideias centrais/ancoragens e expressões-chave correspondentes, compõem-se um ou vários discursos-síntese que são os discursos do sujeito coletivo⁸.

O projeto da pesquisa foi analisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, protocolo nº 199.312, respeitando-se as questões éticas necessárias para a sua realização.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados consistiram na análise e interpretação dos discursos dos sujeitos entrevistados e foram estruturados nas seguintes categorias:

a) O Programa de Atenção Integral à Saúde do Adolescente

A Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, em meados de 1991 e conforme as orientações contidas no Programa Saúde do Adolescente (PROSAD), criado em 1989⁹, implantou o Programa de Atenção Integral à Saúde do Adolescente (PRAIA), vinculado à atenção básica. O PRAIA tem por objetivo gerenciar ações e serviços visando a melhoria da qualidade da atenção ao adolescente nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), procurando implementar as ações de atenção integral à saúde a partir de critérios, orientações e normas dos núcleos centrais e áreas afins da Secretaria de Saúde e do Ministério da Saúde.

A cidade de Ceilândia possui 11 UBS, entretanto, o PRAIA não está implantado em todos, sendo que somente 2 UBS contam com ações específicas para o público em questão, oferecendo serviços e atendimento biopsicossociais. As demais UBS são responsáveis pela realização de ações de saúde no contexto escolar, por meio do Programa Saúde na Escola (PSE) o qual atende a maioria dos adolescentes da cidade, tendo como foco uma abordagem focada na dimensão biopsicossocial. A promoção da saúde do escolar fica a cargo do PSE em parceria com as UBS que não dispõem do PRAIA, contribuindo para o fortalecimento de ações na perspectiva do desenvolvimento integral e proporcionando à comunidade escolar a participação em programas e projetos que articulem saúde e educação.

Os adolescentes não deixam de ser atendidos nas UBS que não possuem o Programa, porém, os serviços oferecidos são os ofertados a outros grupos etários e centralizados em ações curativas.

A totalidade de entrevistados declarou desconhecer o Programa, apontando a necessidade de divulgação. Na literatura, a divulgação é colocada como uma forma para captação do sujeito ao serviço. Na medida em que os serviços destinados ao adolescente forem implantados, torna-se necessária a divulgação das ações propostas à comunidade e às demais instituições para o acesso do adolescente aos serviços¹⁰. Em uma publicação do Ministério da Saúde são elencadas ações a serem desenvolvidas, tanto no interior das unidades de saúde quanto na comunidade e, dentre elas está a divulgação dos serviços prestado de modo que seja possível e facilitado o acesso do sujeito à UBS correspondente¹¹ o que ajudaria no fortalecimento da atenção básica na função de porta de entrada preferencial do sistema de saúde.

b) A busca por atendimento

Quando questionados sobre as necessidades de atendimento que consideram difíceis de serem atendidas pela rede de atenção à saúde local foram mencionadas as especialidades

médicas, o que faz com que haja deslocamento para outras localidades para atendimento na rede pública ou para unidades particulares, devido à rapidez do atendimento. Foi enfatizada a dificuldade em encontrar um serviço de saúde que acolha de modo a conversar sobre assuntos que tornaram-se demanda na adolescência, como a drogadição.

Atendimentos considerados simples pelos entrevistados, como acesso a medicamentos, marcação de consulta, emergência e exames rotineiros, foram mencionados como os serviços de maior facilidade de atendimento na rede de atenção à saúde local.

Um dos entrevistados mencionou a facilidade de atendimento no serviço de emergência da UBS, observando-se que não há discernimento entre as UBS e as unidades hospitalares, o que pode ser resultado da falta de informação acerca dos serviços oferecidos na atenção básica, devido ao fato dos dois níveis de atenção prestarem atendimento com foco na enfermidade.

c) Necessidades que deveriam ser priorizadas nos serviços de saúde

Foram enfatizadas que as necessidades de atendimento que precisariam ser priorizadas nos serviços estão relacionadas às ações de promoção da saúde e de prevenção dos agravos que são comuns à idade. Ainda de acordo com os adolescentes, é necessário que os serviços sejam capazes de proporcionar informações, assim como a melhora no atendimento prestado. Em resposta à questão do estudo sobre necessidades a serem priorizadas, observou-se a preocupação com questões que podem afetá-los muito diretamente, quer seja pelo uso indevido de drogas, dificuldades que sentem ao perceberem as transformações pelas quais passam ou, ainda, quer seja pela falta de espaço para discussão ou problemas na compreensão das orientações que encontram nas unidades ou que são prestadas pelos profissionais de saúde.

Essa questão relacionada à importância de realização de discussão, independentemente da temática a ser abordada, sinaliza para a necessidade do desenvolvimento de ações educativas voltadas ao público. Tais ações, conforme foi indicado pela coordenadora do PRAIA, inexistem em algumas UBS da cidade, ficando o PSE responsável pelo atendimento das necessidades que não implicam em resposta clínica ou medicamentosa, percebendo o adolescente em sua integralidade.

d) Razões para a busca por atendimento

As razões para a busca por atendimento na rede de saúde concentraram-se em relatos ou queixas associadas à dor, ao desconforto ou ao aparecimento de sintomas difusos. A maioria dos adolescentes declarou procurar os serviços de saúde para atendimento referente à queixa clínica, ou seja, somente, quando apresenta algum sintoma que afete o seu bem-estar, remetendo à reflexão de que os adolescentes têm uma percepção de que é preciso procurar por atendimento se diante de algum sintoma. Essa concepção de saúde associada à ausência de sintomas é uma das concepções leigas mais frequentes, centrando-se na dimensão biológica do processo de saúde-doença.

Da mesma forma que a prestação dos serviços de saúde ainda se limita à prática curativa, o que sugere afetar na frequência da busca por atendimento praticada pelos adolescentes, observou-se que da parte deles também predomina essa perspectiva biologistica.

e) A busca por atendimento em unidades de saúde

Em relação ao questionamento de quais unidades de saúde costumam procurar por atendimento, foi enfatizada predominantemente a busca por atendimento nos hospitais, apesar da rede de atenção à saúde estar organizada de modo que a atenção básica opere como uma das portas de entrada do sistema, por um lado, e como ordenadora do cuidado, por outro.

A procura pela unidade hospitalar sem o encaminhamento do profissional da unidade básica de saúde prejudica o acompanhamento do desenvolvimento do adolescente. É certo que em algum momento o indivíduo possa precisar de atendimento especializado, porém, é preciso que o seu fluxo entre os níveis de atenção à saúde ocorra através do processo de referência e contrarreferência, de modo que haja a continuidade do seu cuidado pela equipe de profissionais da atenção básica.

f) Dificuldades para efetividade do PRAIA

A construção desta categoria embasou-se no discurso da Coordenação acerca das dificuldades encontradas na prática da atenção à saúde do adolescente na cidade. Atualmente, o Programa enfrenta diversas dificuldades para sua plena implementação na rede de atenção básica, compreendendo todas as unidades de saúde. A falta de profissionais específicos, o descompromisso dos profissionais que prestam atendimento nas unidades de saúde em saber/conhecer sobre a adolescência, a resistência desses sujeitos em aceitar o Programa independente se há uma sala específica para o atendimento do adolescente, assim, como há salas destinadas aos demais programas da atenção básica, além, do atendimento centrado na

doença, em uma demanda considerada inexistente na adolescência foram as principais dificuldades apontadas.

Na literatura há o reconhecimento da fragilidade do sistema de saúde em atender as demandas biopsicossociais dos adolescentes, o que faz com esse público persista em procurar por ações curativas^{5,12}, como revelou o presente estudo. Segundo Ruzany¹³ o serviço centrado em um modelo assistencial curativo não atende os determinantes da morbimortalidade, as ações de saúde devem ser abrangentes, com uma visão ampla do processo saúde- doença, considerando todos os aspectos que envolvem o adolescente e, que podem comprometer o seu estado de saúde. Ainda, segunda a autora, se os adolescentes procuram os serviços sem queixas clínicas e o serviço, somente, as privilegia, dificilmente o adolescente retornará ao serviço. Sem um atendimento que procure conhecer os contextos os quais o adolescente está inserido e correlacioná-los se mostrará como uma oportunidade perdida de se intervir em um processo que é ou pode tornar-se o problema central da vida do adolescente.

Em relação ao conhecimento sobre a adolescência, por diferentes profissionais, Abuassi e Pacheco¹⁴ destacam que devido às necessidades biopsicossociais, a atenção à saúde do adolescente requer uma equipe de trabalho de profissionais de diferentes disciplinas. Independente da formação, todos devem conhecer as características básicas da adolescência, de modo que tenham uma visão abrangente do processo saúde- doença, compreendendo suas necessidades biológicas, sociais e psicológicas. O Programa nacional (PROSAD) reconhece a importância da capacitação profissional para o atendimento qualificado ao adolescente, mas ainda hoje há carência de profissionais de saúde que se disponibilizem, motivem-se e estejam capacitados para o trabalho com adolescentes¹⁵. Esse desinteresse, retomando a Ruzany¹³ está relacionado, às vezes, aos dados epidemiológicos que apontam baixas taxas de morbidade nessa etapa da vida, o que, também, é destacado nos relatos da coordenadora do Programa. Entretanto, é preciso atentar para as taxas de mortalidade decorrentes de causas externas que são as mais elevadas entre os grupos etários e, que são, por sua vez, evitáveis.

No que diz respeito à necessidade, por parte dos profissionais em se ter um espaço específico para então implantação do Programa, na literatura, em um estudo realizado no município de Ilhéus-Bahia¹⁶ alguns dos profissionais apontaram como facilidade para implantação do Programa o fato da unidade possuir muitas salas, porém, para outros, apesar do espaço físico adequado, a dificuldade é a inexistência de sala específica para ações de educação em saúde.

No caso específico do Programa em Ceilândia, a questão da existência de espaço físico, no entendimento da gestão, está associada à concepção que os próprios profissionais de saúde têm a respeito ao predomínio de um modelo de atendimento.

Contudo, independente da inexistência de um espaço específico para o atendimento do adolescente é preciso, assim como a coordenação vem agindo, desconstruir a ideia, de que, apenas, com o espaço é possível proporcionar um atendimento biopsicossocial. Ainda que a importância de existirem espaços físicos reservados ao atendimento seja apontada, o Programa pode funcionar, a partir do comprometimento do corpo profissional em atender o adolescente em sua totalidade, de modo que favoreça a adesão desse sujeito à unidade de saúde e seu acompanhamento e, conseqüentemente, a formação de um sujeito protagonista dos cuidados da própria saúde.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O conhecimento da operacionalização da atenção e da assistência à saúde do adolescente e as necessidades em saúde na percepção do próprio indivíduo permitem a análise dos fatores que interferem na plena implementação de um atendimento direcionado às características biopsicossociais e especificidades do sujeito e no planejamento de ações que possam favorecer a consolidação de uma atenção à saúde que compreenda as diversas dimensões do processo saúde-doença.

O estudo evidenciou que apesar da existência de um programa de saúde, a atenção à saúde destinada ao adolescente ainda enfrenta dificuldades. Destaca-se a necessidade de mudanças no modelo de atenção à saúde, haja vista que as UBS ofertam uma atenção curativista, atendendo somente às necessidades clínicas apresentadas pelos adolescentes. Contudo, embora o público faça essa análise, também é motivado a procurar pelos serviços de saúde somente para a resolução de suas necessidades clínicas. Com essa procura por razões de natureza clínica e com um serviço que se organiza nessa mesma perspectiva, é compreensível que haja um fortalecimento ainda maior da oferta de uma assistência à saúde focada no modelo biomédico e em um atendimento referente à demanda.

Entretanto, apesar da prevalência de uma demanda clínica pelos adolescentes, os mesmos enfatizaram relevante que ações de cunho informativo para a prevenção de agravos comuns à faixa etária e de promoção da saúde devem ser priorizadas nos serviços de saúde, revelando a necessidade da prática do modelo de saúde holístico. Diante disso, é possível inferir que o adolescente, assim, como a maioria da população, desconhece o verdadeiro papel

da atenção básica como coordenadora do cuidado, o que poderia ser minimizado a partir de maiores investimentos dos serviços na disseminação de informações que a caracterizem de maneira que as ações de promoção de saúde e de prevenção de doenças se sobressaem.

É na atenção básica que pode ser possível proporcionar e facilitar a captação do sujeito para atendimento de suas necessidades biopsicossociais, atuando e desenvolvendo o seu papel dentro da hierarquização do Sistema Único de Saúde viabilizando o acesso do adolescente aos demais níveis de atenção do sistema o que, conseqüentemente, proporcionará a diminuição da demanda nas unidades hospitalares, permitindo o acompanhamento do adolescente e continuidade da sua atenção a partir do processo de referência e contra referência.

Observou-se ainda que ao mesmo tempo em que existe um grande esforço por parte da coordenação do Programa em Ceilândia para a mudança da atual assistência destinada ao adolescente para uma atenção biopsicossocial à saúde como preconizada no Programa Nacional, existem fatores que prejudicam a reorganização do processo de trabalho e o enfoque adequado às demandas e necessidades de saúde do adolescente.

Nos parece importante que os conhecimentos acerca do desenvolvimento humano, a humanização do cuidado e as especificidades da saúde do adolescente fossem objeto de estudo e de formação para os profissionais que atuam com esse segmento populacional. A insistência na vinculação direta de que o pleno atendimento ao adolescente depende exclusivamente de espaço físico adequado parece não se sustentar, uma vez que as expectativas que os próprios adolescentes têm são mais relacionadas ao acolhimento de suas necessidades psicossociais e à necessidade de existência de espaço para as orientações e aconselhamento.

Dessa forma, a perspectiva seria a de que os profissionais pudessem assegurar que tais necessidades fossem conhecidas e utilizadas na proposição de ações e projetos capazes de aproximar os serviços dos adolescentes. Essa mudança de pensamento que foi referida como sendo predominante nos profissionais de saúde seria a primeira transformação para a adequação do serviço e maior captação desse grupo populacional.

Quando referida à forte aproximação dos programas – de saúde do adolescente e de promoção de saúde nas escolas – o estudo sinaliza para a importância de uma maior articulação e integração entre os setores da educação e da saúde para o fortalecimento e ampliação da atenção integral, objetivando oferecer respostas adequadas às exigências da adolescência e atendendo o princípio da integralidade do sistema de saúde, bem como proporcionando o maior envolvimento do adolescente em ações que possam agir

positivamente para a sua captação e o seu vínculo com os serviços de saúde, de modo que passe a ser visto como sujeito social e protagonista da própria atenção à saúde e com uma visão multidimensional da saúde.

REFERÊNCIAS

1. Sarzedas LPM, Pattarelli SC. Ressignificando a adolescência: uma visão da psicologia sociohistórica [Internet]. [citado 2012 maio 24]. Disponível em: http://web.unifil.br/docs/extensao/III/18_Ressignificando_a_adolescencia.pdf
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Orientações básicas de atenção integral à saúde de adolescentes nas escolas e unidades básicas de saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.
3. Governo de São Paulo. Secretaria de Estado de Saúde. Manual de atenção à saúde do adolescente. São Paulo: SMS; 2006. 328 p.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
5. Muza GM, Costa MP. Elementos para a elaboração de um projeto de promoção à saúde e desenvolvimento: o olhar dos adolescentes. Cadernos de Saúde Pública. 2002;18(1):321-328.
6. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 11ª ed. São Paulo: Hucitec; 2008. 407 p.
7. Manzini EJ. Considerações sobre a elaboração de roteiro para entrevista semiestruturada. In: Marquezine MC, Almeida MA, Omote S, organizadores. Colóquios sobre pesquisa em Educação Especial. Londrina: Eduel; 2003. p. 11-25.
8. Gondim SMG, Fischer T. O discurso, a análise de discurso e a metodologia do discurso do sujeito coletivo na gestão intercultural. Cadernos Gestão Social. 2009;2(1).
9. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação da Saúde da Criança e do Adolescente. Programa Saúde do Adolescente: bases programáticas. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 1996.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área Técnica de Saúde do Adolescente e do Jovem. Saúde do Adolescente. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Saúde integral de adolescentes e jovens: orientações para a organização de serviços de saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
12. Traverso-Yépez MA, Pinheiro VS. Adolescência, saúde e contexto social: esclarecendo práticas. Psicologia e Sociedade. 2002;14(2):133-147.
13. Ruzany MH. Mapa da situação de saúde do adolescente no Município do Rio de Janeiro. [tese]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública; 2000. 113 p.
14. Abuassi C, Pacheco A. Implantação de um serviço de adolescente. Adolesc. Saude. 2004;1(1):14-17.
15. Jager ME, Batista FA, Perrone CM, Santos SS, Dias ACG. O adolescente no contexto da saúde pública brasileira: reflexões sobre o PROSAD. Psicologia em Estudo. 2014;19(2):211-221.
16. Reis D, Novais KR, Galvão LM, Núbia M, Cássia R, Senna S. Atenção integral a saúde dos adolescentes: percepção dos trabalhadores de saúde na unidade de saúde da Família Nossa Senhora da Vitória I do Município de Ilhéus, Bahia, Brasil [Internet]. [citado 2013 fev 7]. Disponível em: http://www.revistas.udesc.br/index.php/udescemacao/article/viewFile/2525/pdf_99

Avaliação da qualidade da atenção primária à saúde para a Rede Cegonha

Evaluation of the quality of primary health care for the “Rede Cegonha”

Evaluación de la calidad de la atención primaria de salud en la “Rede Cegonha”

Flávia Pinheiro da Costa¹

Izabelle Mont’Alverne Napoleão Albuquerque²

Maria Adelane Monteiro da Silva³

Marcos Aguiar Ribeiro⁴

Ana Karoline Soares Arruda⁵

Mariana Bomfim de Araújo⁶

¹Universidade Federal do Ceará -UFC

²Universidade Estadual Vale do Acaraú-UVA

³Universidade Federal do Ceará -UFC

⁴Universidade Federal De São Paulo – UNIFESP

⁵Universidade Federal do Ceará -UFC

⁶Universidade Federal do Ceará -UFC

RESUMO

Introdução: A Rede Cegonha, foi instaurada em 2011, mas a mortalidade materna e infantil embora em queda, ainda se apresenta acima do ideal. A literatura científica demonstra que os melhores exemplos de assistências em saúde são os que têm uma Atenção Primária a Saúde (APS) fortalecida em seus atributos, orientadora das ações e serviços disponíveis nesses sistemas, que apresentam alcance de maior integralidade, continuidade da atenção e satisfação

dos usuários. Objetivo: avaliar a qualidade da APS de Ibiapina/CE para a Rede Cegonha. Método: Estudo quanti-qualitativo, realizado no município de Ibiapina/CE, pertencente a Macrorregião de Sobral. Participaram do estudo 8 enfermeiros atuantes na APS e 27 usuárias que tiveram acompanhamento no pré-natal do município. A coleta de dados e informações deu-se por observação participante, questionário, entrevistas semiestruturadas e consulta aos sistemas de informações em saúde; para tratá-los, utilizou-se a análise por meio de gráficos para os dados quantitativos e tabelas e análise de conteúdo para os qualitativos. Esta pesquisa tem aprovação do comitê de ética em pesquisa sob o número 1.937.13, respeita a resolução 466/2012. Resultados: Foi evidenciado satisfação das usuárias no acompanhamento do pré-natal, porém sugerem que recursos materiais e humanos estejam mais presentes, assim como percebem que mais acolhimento de todos das equipes apresentam-se relevantes na atuação. Conclusão: Existe a necessidade de fortalecimento especialmente nos atributos de coordenação, integralidade, orientação familiar e comunitária para se atingir a qualidade da atenção às gestantes.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde, Serviços de Saúde Materno-Infantil, Avaliação em Saúde.

ABSTRACT

Introduction: The Rede Cegonha was established in 2011, but maternal and child mortality, although falling, is still above ideal. The scientific literature demonstrates that the best examples of health care are those with Primary Health Care (PHC) strengthened in their attributes, guiding the actions and services available in these systems, which have a more comprehensive reach, continuity of care and satisfaction of users. Objective: to evaluate the quality of PHC in Ibiapina / CE for Rede Cegonha. Method: Quantitative study, carried out in the city of Ibiapina / CE, belonging to the Macroregion of Sobral. Participated in the study 8 nurses working in PHC and 27 users who had prenatal care in the city. Data and information were collected through participant observation, questionnaire, semi-structured interviews and consultation with health information systems; to treat them, analysis was used by means of graphs for quantitative data and tables and content analysis for qualitative ones. This research is approved by the research ethics committee under number 1,937.13, in compliance with resolution 466/2012. Results: User satisfaction was evidenced in the prenatal care, but they suggest that material and human resources are more present, as well as they perceive that more welcoming of all the teams are relevant in the performance. Conclusion: There is a need for strengthening especially in the attributes of coordination, integrity, family and community guidance to achieve the quality of care for pregnant women.

Keywords: Primary Health Care, Maternal and Child Health Services, Health Assessment.

RESUMEN

Introducción: La Rede Cegonha, se estableció en 2011, pero la mortalidad materna e infantil, aunque está disminuyendo, todavía está por encima de lo ideal. La literatura científica demuestra que los mejores ejemplos de atención médica son aquellos con Atención Primaria de Salud (APS) fortalecidos en sus atributos, guiando las acciones y servicios disponibles en estos sistemas, que tienen un alcance más integral, continuidad de atención y satisfacción de usuarios. Objetivo: evaluar la calidad de la APS en Ibiapina / CE para Rede Cegonha. Método: estudio Quantitativo, realizado en la ciudad de Ibiapina / CE, perteneciente a la Macroregión de Sobral. Participaron en el estudio 8 enfermeras que trabajan en APS y 27 usuarias que recibieron atención prenatal en la ciudad. Los datos y la información se recopilaron mediante observación participante, cuestionario, entrevistas semiestructuradas y consultas con sistemas de información de salud; Para tratarlos, se utilizó el análisis mediante gráficos para datos cuantitativos y tablas y análisis de contenido para los cualitativos. Esta investigación es aprobada por el comité de ética de investigación con el número 1.937.13, de conformidad con la resolución 466/2012. Resultados: La satisfacción del usuario se evidenció en la atención prenatal, pero sugieren que los recursos materiales y humanos están más presentes, y perciben que una mayor acogida de todos los equipos es relevante en el desempeño. Conclusión: es necesario fortalecer especialmente los atributos de coordinación, integralidad, orientación familiar y comunitaria para lograr la calidad de la atención a las mujeres embarazadas.

Palabras clave: Atención primaria de salud, Servicios de salud materno-infantil, Evaluación de la salud.

1 INTRODUÇÃO

A partir da transição demográfica e epidemiológica, a população brasileira vivencia o fenômeno da tripla carga de doenças/ agravos-crônicas, agudas e violência- tais acontecimentos exigem do sistema de saúde respostas rápidas para as demandas da população, desta forma buscam-se estratégias que estabeleçam vínculos mais duradouros com os usuários para assim garantir a longitudinalidade do cuidado. As redes de atenção à saúde- RAS, são uma importante ferramenta que os usuários do Sistema Único de Saúde-SUS utilizam para solucionar seus agravos, ela possibilita a caminhada dos usuários pelos diferentes níveis de complexidade da atenção que tem como objetivo promover a cooperação entre os diversos serviços de saúde¹.

Na perspectiva do acompanhamento longitudinal, e em resposta aos crescentes índices de mortalidade materno-infantil, o modelo de acompanhamento as gestantes e puérperas no Brasil vem sendo discutida há bastante tempo, pois apesar dos investimentos na assistência à esse público, o número de mortes e complicações materno-infantil permanecem bastante elevados em relação à outros países da América do Sul, principalmente na região Norte e

Nordeste deste País². Neste contexto, a partir da necessidade da população feminina, foi criada a estratégia Rede Cegonha que tem como objetivo ampliar o acesso e a qualidade da atenção do pré-natal, assistência ao parto e puerpério e acompanhar o desenvolvimento da criança até os 2 anos de idade³.

No Ceará, a Rede Cegonha tem os serviços integrados em 17 redes nas 22 regiões de saúde do Estado. Dados divulgados no último boletim da Secretaria da Saúde do Estado mostram sensível redução da mortalidade materna no Ceará em 2014. A Razão de Mortalidade Materna (RMM) diminuiu em 25,6%, com redução de 82,5 óbitos por 100 mil nascidos vivos em 2013 para 61,2 em 2014. Em números absolutos, o total de óbitos maternos por causas obstétricas em 2014 foi de 124 mortes em 48 municípios. Nos últimos anos esse número foi de 110 óbitos maternos em 2011, 135 em 2012 e, em 2013, de 140⁴.

Além de garantir a assistência padrão de pré-natal, parto e puerpério, esta rede disponibiliza componentes essenciais como: exames laboratoriais, transporte, vinculação da gestante a uma maternidade garantindo seu leito, serviço de atendimento móvel de urgência cegonha para o recém-nascido. Como consequência da implantação destes serviços de saúde foram observados aumento do número de consultas de pré-natal, decréscimo de intercorrências clínicas na gestação, como infecções do trato urinário, abortamento, diminuição do nascimento prematuro, entre outras⁵.

Nesta perspectiva, no SUS a avaliação é um componente essencial da gestão em saúde para verificar a qualidade dos serviços prestados, bem como garantir de fato a integralidade e universalidade das atividades realizadas a população, subsidiar a identificação de problemas e orientar ações e serviços desenvolvidos, além de medir o impacto das ações implementadas pelas estratégias e programas. Desta maneira, a avaliação deve abordar aspectos da estrutura, processo e resultado, que se interligam e permitem que cada um as use de acordo com as suas necessidades⁶.

Diante do exposto, este estudo tem como objetivo avaliar a qualidade da Atenção Primária à Saúde de Ibiapina/CE para a Rede Cegonha e analisar os resultados da APS em seus atributos a partir dos indicadores de saúde e pela satisfação dos usuários.

2 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo com abordagem quanti qualitativa, do tipo avaliativo, a avaliação da qualidade da saúde foi realizada baseada na teoria de Donabedian⁷, calcada na tríade estrutura, processo e resultados, e norteou este estudo para o alcance dos objetivos, a partir do instrumento *Pcatool*⁸. A pesquisa se desenvolveu no município de Ibiapina,

localizada na Região Noroeste do Estado do Ceará, que possui uma população estimada de 24.446 habitantes⁹, pertencente à 13ª Microrregião de Saúde de Tianguá, e a Macro Região de Saúde de Sobral.

A pesquisa se desenvolveu durante os anos de 2016 e 2017 e os participantes do estudo compuseram-se das usuárias da APS visando a análise dos resultados da atuação da APS na Rede Cegonha, sendo entrevistadas 27 usuárias em seus domicílios. Para analisar os resultados da atenção, foram efetivadas duas formas de coleta de dados: a satisfação das usuárias da APS que tiveram atendimentos dentro da Rede Cegonha, estando a gestação em curso ou não, complementando-se com os indicadores de saúde.

A percepção das usuárias do serviço de saúde quanto a satisfação foi coletada através de entrevistas semiestruturadas e analisadas conforme a técnica de análise de conteúdo de Minayo¹⁰. Todas as entrevistas foram gravadas, sendo transcritas posteriormente. Assim, foi possível analisar se a qualidade da atenção está atingindo seu objetivo, refletindo, por sua vez, a consolidação dos atributos da APS na Rede Cegonha.

Ademais, a análise foi complementada pelo conhecimento de indicadores de saúde relacionados aos componentes da Rede Cegonha, retirados do site do DATASUS (Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde), SIAB (Sistema de Informação da Atenção Básica), SISPRENATAL e PMAQ, considerados pelos Ministério da Saúde importantes para avaliação e monitoramento da Rede Cegonha, utilizando-se tabelas elaboradas a partir do Programa Microsoft Excel 2007.

Durante a fase de preparo do campo, realizaram-se testes-pilotos, a fim de verificar se o instrumento construído para a entrevista era claro e favorecia respostas significativas, sendo realizadas adequações no instrumento conforme a necessidade.

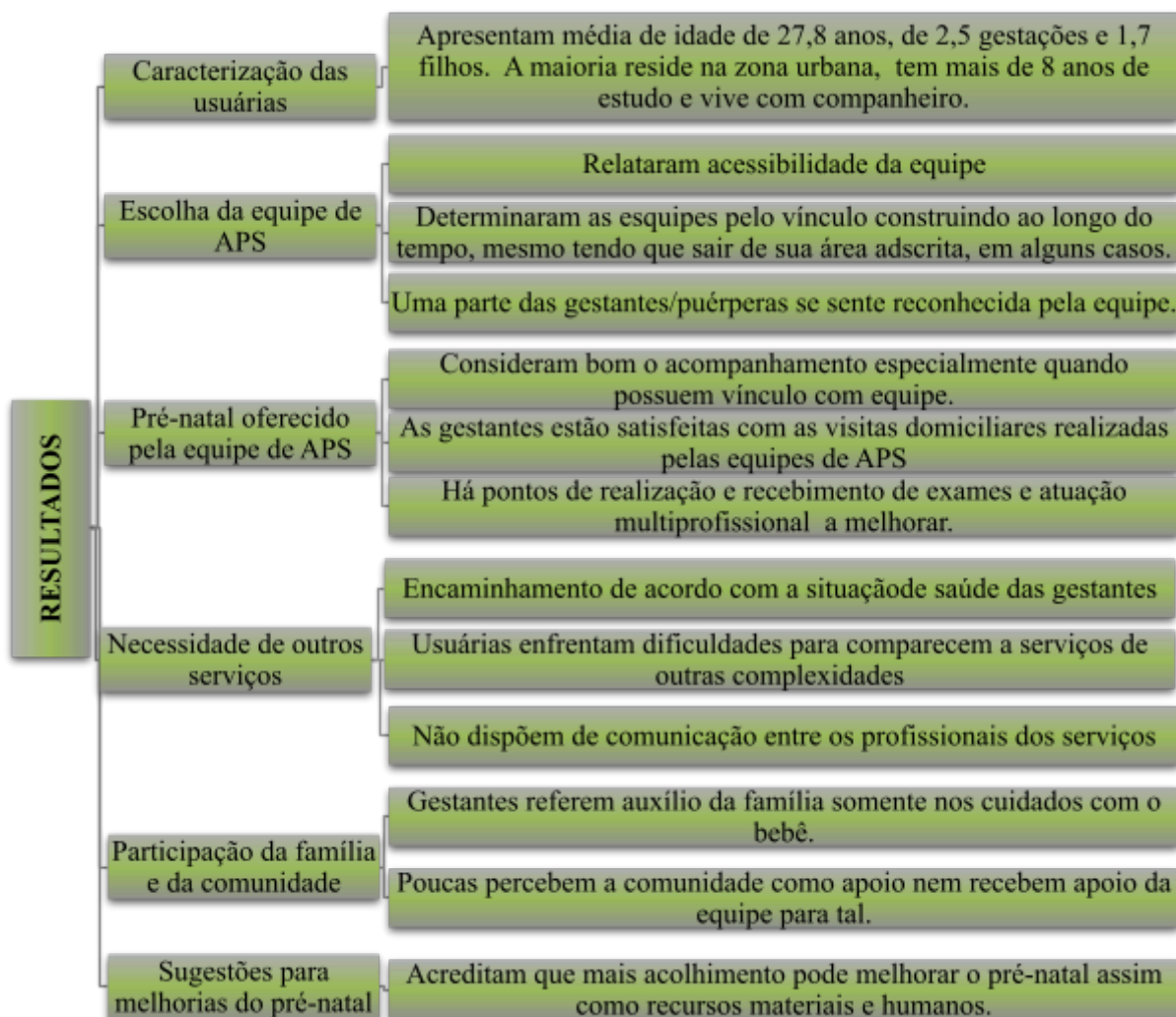
O estudo foi regido pela Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta as diretrizes e normas para pesquisa envolvendo seres humanos. A realização desta pesquisa, portanto, implicou em quesitos de autonomia, beneficência, não-maleficência e justiça e equidade¹¹. A autonomia foi atingida através do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) assinado pelos sujeitos da pesquisa, comprovando sua livre escolha para participar da pesquisa e garantindo sua saída no momento que desejar.

Este estudo teve ainda o Termo de Anuência assinado pela Secretaria Municipal de Saúde de Ibiapina/CE e, por conseguinte, submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA) tendo sido aprovado com protocolo de número 1.937.131.

3 RESULTADOS E DISCUSSÕES

A síntese das categorias dos achados nas entrevistas com as usuárias assistidas no pré-natal e nos principais indicadores de saúde encontra-se na figura 1, referente ao quesito resultado da atenção na Rede Cegonha, conforme referencial teórico de Donabedian⁷.

Figura 01 – Resultados da atuação na Rede Cegonha. Ibiapina, CE.



As usuárias possuem média de idade de 27,8 anos, variando entre 15 e 42 anos. A prevalência da gravidez em mulheres com idade acima de 35 anos mostrou-se semelhante ao restante do país, aparecendo como um grande risco para a mulher, visto que o risco de morte materna é cinco vezes maior nessa faixa devido às complicações gestacionais inerentes ao envelhecimento¹²

No momento da entrevista, 67% encontravam-se gestantes, e 34% já estavam no período puerperal. Das 18 gestantes, a metade estava no 3º trimestre, 38,9% no 2º trimestre e

somente 11,1% nos 3 primeiros meses gestacionais. O predomínio em relação a moradia se deu na zona urbana, onde 74% das usuárias do estudo residem.

As entrevistadas apresentaram médias de 2,5 gestações e de 1,7 filhos; 5 usuárias revelaram ainda abortos. A tendência do número de filhos por mulheres apresentou dados de 1,8 a 2,0 filho/mulher, acrescentando que essa taxa vem diminuindo nos últimos tempos, como também a mortalidade na infância; no entanto, o acesso ao pré-natal tende a diminuir com o aumento do número de filhos, em consequência, há de se preservar uma assistência pré-natal de qualidade que vise resguardar a saúde da mulher e do concepto, a adesão às consultas e a detecção precoce das complicações próprias da gestação¹³.

Das 27 usuárias entrevistadas, 27,9% referiram ter estudado menos que 8 anos, e 11,1%, 40,7% e 48,2% declaram, respectivamente, estarem solteiras, em união consensual e casadas. O maior nível de escolaridade das participantes favorece a efetividade do acesso ao atendimento em comparação às que possuíam baixo nível de escolaridade.

Iniciou-se as entrevistas com as usuárias pelo questionamento sobre:” a *escolha da unidade de saúde para o acompanhamento pré-natal*”, que resultou em falas como:

“A minha mãe é atendida lá, eu nunca tinha ido, e ela disse que a enfermeira era boazinha (U.8)”

“A agente de saúde passou aqui e disse que tinha marcado o pré-natal lá aí eu fui (U. 25)”

“Porque sou da área, né, e na minha primeira gravidez fui atendida lá (U. 20)”

“Sempre fui atendida lá, e confio nas pessoas lá (U.19)”.

Observou-se nas falas dos participantes, aspectos relacionados aos atributos de primeiro contato, longitudinalidade, orientação familiar e competência cultural da APS. Por vezes, a gestante/puérpera tem vínculo bem estabelecido com a equipe, e procura o serviço de forma natural; outras contaram com o estímulo dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e familiares para se direcionarem ao serviço de saúde.

O atributo da longitudinalidade permite conhecer o usuário, seu contexto familiar e social, hábitos de vida e problemas de saúde, possibilitando o planejamento de cuidados e intervenções adequadas diminuindo a ocorrência de encaminhamentos desnecessários¹⁴. Envolve tanto seu ponto estrutural quanto de desempenho. Assim, o trabalho através desse atributo essencial ocorre quando a gestante identifica o serviço como fonte habitual de atenção (aspectos de estrutura) e pela força das relações interpessoais (desempenho).

O quesito de primeiro contato surgiu no relato das entrevistas como um facilitador da procura pelas equipes de SF do município mesmo com alguns pontos a aperfeiçoar.

Durante as visitas e entrevistas aos sujeitos do estudo pode-se notar o destaque do ACS na relação equipe-usuário, eles são reconhecidos como elo que contribui para a melhora da qualidade da atenção para as gestantes, fortalecendo atributos como longitudinalidade, orientação comunitária. Esses profissionais podem convergir as necessidades das gestantes com o trabalho da equipe por sua atuação nesses dois campos se tornando desta forma uma ligação entre a comunidade e o serviço, realizando ações integrativas, de sentinela planejando ações e monitorando populações vulneráveis¹⁵.

O trabalho de todos os profissionais das equipes deve propiciar a captação precoce das gestantes, antes dos 120 dias da concepção. Esse procedimento visa a intervenções oportunas em todo o período gestacional, sejam elas preventivas ou terapêuticas, além do mais, o início precoce da atenção pré-natal e sua continuidade. A tabela 01 demonstra esta situação do município em estudo a partir do ano de 2013 e do SISPRENATAL:

Tabela 01: Porcentagem de Gestantes captadas até a 120 dias de gestação. Ibiapina, 2017

	2013	2014	2015	2016	2017*
Captadas até 120 dias da gestação (%)	54,50	69,11	69,24	61,88	67,09
Captadas após 120 dias da gestação (%)	45,50	30,89	30,76	38,13	32,91

Fonte: SISPRENATAL (2017); *dados até o mês de Abril/2017

A captação precoce das gestantes apresentou um aumento nos anos de 2014 e 2015 em relação a 2013, porém uma queda em 2016, vindo em recuperação no ano de 2017. Manter o bom índice de captação precoce é importante pois garante a realização de ações preventivas que evitem prejuízos para o binômio mãe-filho.

Algumas usuárias, porém, descreveram relações complicadas com a equipe de APS de sua área adscrita, quando surgiram as seguintes falas:

“Na verdade, o meu posto de saúde é outro, mas quis fazer o pré-natal com a enfermeira do outro posto que fez da minha primeira filha (U.15)”

“Não senti confiança na enfermeira que me atendeu lá, ela é muito novinha, aí pedi pra fazer em outro lugar (U. 16)”

“Eu não ia lá, porque o médico é dos cubanos e eu não entendo que ele fala e fiquei com medo de ter meu filho assim, sem entender o que ele diz (U.14)”.

Algumas narrações trazem reflexões importantes para a longitudinalidade do cuidado e competência cultural das equipes de SF.

Uma boa relação entre usuários e profissionais é parte fundamental para estabelecimento da confiança e do diálogo, tanto no sentido de se ter várias ocasiões de atendimento no decorrer dos anos, como no interesse dedicado e percebido pelos usuários para com os prestadores de cuidados de saúde¹⁶. A escuta empática contribui para a sensibilização da gestante acerca da importância de manter as consultas em dia.

Vislumbrou-se a competência cultural em alguns discursos apresentados acima. O ACS ter estimulado a ida da gestante à UBS, a enfermeira ter sido citada como “boazinha” e a pouca conexão com o médico devido a linguagem espelham a importância desse atributo para a qualidade da atenção da APS na Rede Cegonha.

Passou-se à análise do conhecimento quanto às ações ofertadas pela equipe durante o acompanhamento pré-natal. Emergiram as falas seguintes:

“eu gostei do atendimento, fui pra todas consultas marcadas (U.8)”

“Fiz pré-natal mais com o enfermeiro, queria ter ido pra médica mais vezes (U.2); foi bom, eu conhecia todo mundo lá (U.20)”

“Vixe, quase todo dia tô por lá, mais ainda agora no final, acho que ninguém me aguenta mais (U. 25)”

As respostas surgidas à essa pergunta levaram a considerar os atributos de longitudinalidade, integralidade e orientação comunitária como as mais significativas nos discursos das gestantes e puérperas entrevistadas pelo aparecimento exaustivo de muitos de seus aspectos. Muitas participantes indicaram que regularmente iam às consultas de pré-natal, e que se consideravam satisfeitas com o atendimento prestado; as maiores reclamações foram sobre as consultas sucederem-se mais vezes com o profissional enfermeiros que com médicos.

Dados do SISPRENATAL a partir de 2013 mostram as seguintes porcentagens quanto ao número de consultas das gestantes de Ibiapina/CE (Tabela 02):

Tabela 02: Porcentagem de Gestantes com 6 ou mais consultas de pré-natal. Ibiapina, 2017

	2013	2014	2015	2016	2017*
> 6 consultas ou mais (%)	49,05	47,95	60,04	53,33	32,49

< 6 consultas (%)	50,95	52,05	39,96	46,67	67,51
-------------------	-------	-------	-------	-------	-------

Fonte: SISPRENATAL (2017); *dados até o mês de Abril/2017

A média entre 2013 e 2016, visto que o ano de 2017 ainda estava em andamento na ocasião da pesquisa, foi de 52,6% de gestantes que estão realizando 6 ou mais consultas. O Caderno de Atenção ao Pré-Natal de baixo risco prevê o mínimo de 6 consultas no decorrer do pré-natal e mais uma até os 42º dias do puerpério, intercaladas entre o médico e enfermeiros¹⁷

Apesar da categoria da enfermagem ter suas bases históricas centradas no cuidado da mulher e criança, o modelo curativista em torno da figura médica ainda é forte e direciona a resolubilidade das ações somente para este profissional da saúde. Contudo, por vezes, é o enfermeiro o responsável pela gestão das equipes de SF, o qual conduz da mesma forma o plano de cuidados e reúne as relações mais próximas ao usuário, viabilizando atenção integral e contextualizada em sua realidade biopsicossocial.

As entrevistadas destacaram em suas falas vertentes do atributo de orientação comunitária ao enunciarem:

“A ACS vinha aqui toda semana pra saber como eu estava; quando meu filho nasceu ela trouxe a enfermeira (U.5)”

“A enfermeira veio aqui pra ver minha pressão e passar uns remédios pra mim comprar, mas a médica nunca veio (U. 11)”.

Dirigir-se à comunidade por meio das visitas domiciliares possibilita compreender as situações que os usuários estão inseridos cotidianamente e desperta no profissional métodos de ofertar uma qualidade na atenção. Não é à toa o reconhecimento da população frente ao trabalho dos ACS, que continuamente se aproximam da vivência de cada membro das famílias.

Destarte, a orientação para a comunidade se refere ao entendimento de que as necessidades em saúde dos indivíduos, das famílias e da população estão diretamente relacionadas ao contexto social e que a assimilação dessas necessidades presume o conhecimento do contexto social da área de atuação das equipes de saúde¹⁸. Abordar as gestantes em domicílio promove a cooperação destas, e culmina na reavivação também da família como protagonistas da gestação em que todos estão deveras envolvidos.

Conjuntamente à esses últimos relatos, houve ainda essas descrições quanto à assistência pré-natal:

“Recebi todas os remédios de graça; pegava aqui mesmo as vitaminas pra não ter anemia (U. 10)”

“Os exames eu fiz todos que me pediram, mas acho que não recebi a prevenção (U.28)”

“Fiz um exame de sangue que foi só uma picada do dedo, acho que era pra ver se tinha AIDS (U. 35)”

“Só não fiz a prevenção, porque quem faz aqui é um homem, e tenho vergonha (U. 12)”

Baseado nesses retornos das usuárias, pode-se considerar algumas perspectivas quanto à materialidade da integralidade, atributo essencial da APS, julgado tanto no enfoque de conceber o indivíduo para além do biológico como ofertar os serviços indispensáveis para solucionar as suas adversidades de saúde, independente no nível de complexidade imperativo.

Mais do que recursos materiais, a prática da integralidade depende da sensibilidade e disponibilidade dos profissionais para compreenderem os diferentes aspectos que influenciam o estado de saúde do ser humano de quem estão cuidando ¹⁴. Os laços afetivos construídos com os usuários no fazer cotidiano permitem melhor assistência e favorecem a constituição da integralidade por meio de maior adesão da população ao desenvolvimento das ações de saúde.

Constatou-se alguns elementos que compõem a característica da integralidade que estão facilitando e outros dificultando a concretude da qualidade da APS na Rede Cegonha. Esses resultados da satisfação das usuárias completam a avaliação da atuação da APS de Ibiapina na rede de saúde materno-infantil ao confirmar a realização de exames laboratoriais e a imunização das gestantes, como também ressaltar empecilhos no exame preventivo de câncer de colo de útero, medicamento básicos, testes rápidos e aconselhamento nutricional e odontológico.

O Ministério da Saúde prevê exames complementares a serem solicitados na primeira consulta pré-natal, a saber: Hemograma; Tipagem sanguínea e fator Rh; Coombs indireto (se for Rh negativo); Glicemia de jejum; Teste rápido de triagem para sífilis e/ou VDRL/RPR; Teste rápido diagnóstico anti-HIV; Anti-HIV; Toxoplasmose IgM e IgG; Sorologia para hepatite B (HbsAg); Exame de urina e urocultura; Ultrassonografia obstétrica (não é obrigatório), com a função de verificar a idade gestacional; Citopatológico de colo de útero (se necessário) e Exame da secreção vaginal, Parasitológico de fezes e Eletroforese de hemoglobina, esses três últimos se necessário¹⁷

Constataram-se depoimentos que aludiram a dificuldades no recebimento de alguns exames complementares, especialmente os exames de Papanicolau, estabelecendo um

considerável impedimento para a qualidade da atenção às gestantes, influenciando inclusive seu atendimento dentro dos serviços da Rede Cegonha nos casos considerados como alto risco. Ainda assim, não foi possível obter nos relatórios do SISPRENATAL os dados associados ao recebimento em tempo oportuno dos exames.

Os testes rápidos para detecção de HIV e sífilis são tidos na literatura como um aporte para a redução da mortalidade materna e infantil ¹⁷. Na análise dos discursos das usuárias, por sua vez, houve reduzidas citações do cumprimento dos testes.

Por fim, os atendimentos multiprofissionais configuraram-se de modo a impedir a materialização da integralidade frente a Rede Cegonha. Os relatos das usuárias concorreram para demonstrar frustração na abordagem de profissionais da nutrição, odontologia e psicologia abaixo do esperado e do necessário à sua atenção.

Assim, como salientado nas falas das usuárias e demonstrado em alguns indicadores de saúde, o atributo integralidade demanda progressos a fim de considerar o contexto histórico, social, político, familiar e ambiental em que a gestante está inserida.

Na terceira indagação feita às gestantes/puérperas do estudo, *atrelou a necessidade de outros serviços no decorrer do acompanhamento pré-natal*. Nesse elemento, o atributo integralidade foi novamente manifestado juntamente com a coordenação, podendo ser visualizado nos seguintes discursos:

“Precisei ir no médico lá da policlínica, porque tive um aborto há um ano atrás, e a médica aqui disse que tinha risco de eu perder esse também (U. 22)”

“Meu primeiro eu perdi depois dos 8 meses de gravidez, ele estava dentro da minha barriga, aí a enfermeira me encaminhou pra fazer uma ultrassom em Sobral, que disse que lá é melhor (U. 23)”

As falas delinearam uma percepção de que os encaminhamentos das gestantes acontecem geralmente quando há a identificação de algum risco após a anamnese clínica e/ou recebimento de exames complementares. Condutas assim fortificam a concretude da integralidade, ao disponibilizar o emprego de níveis secundário e terciário na atenção à saúde materno-infantil. Reitera-se ainda, a partir dessa análise, a ênfase aos exames serem entregues em tempo cabível.

Responder aos problemas de saúde da população de forma integral exige uma coordenação das equipes de SF diante de uma oferta de serviços em outros níveis, e vêm-se observando a expansão dos serviços próprios municipais, principalmente especializados, para sustentar uma relação mais próxima entre as diferentes complexidades de saúde. No intuito de formalizar essa garantia de cuidado integral, gestores municipais precisam enfrentar a

capacidade de apenas um ente federativo descentralizado frente a organização regionalizada e hierarquizada de serviços de saúde.

Quanto ao questionamento acerca da maneira como os profissionais da equipe de APS ficam sabendo das condutas nos outros serviços, obtiveram-se as seguintes falas:

“acho que a enfermeira conhece a médica que fez minha ultrassom, aí elas se falaram algumas vezes (U. 23)”

“A policlínica enviou o resultado do exame bem um mês depois aí que levei pro médico do posto (U. 26)”

“Como fiz uma parte particular, já levei logo esses que tinha pronto (U. 24); acho que o médico anotou umas coisas no cartão de gestante que levei, e outras falei mais ou menos o que entendi (U.7)”

“Assim que tive meu filho, liguei para a ACS avisando (U.6)”.

As contra referências, configuram-se como um entrave na coordenação da assistência. Algumas gestantes relataram o uso da caderneta nessa comunicação, a entrega de exames diretamente ao profissional que as assistem e o seu próprio relato; houve ainda o caso em que os profissionais se conheciam e a comunicação entre eles se dava, sendo que a usuária não demonstrou saber do que estas abordavam. Isto posto, pondera-se que o diálogo se sucede de maneira informal, conforme a realidade de cada equipe, não tendo no município um padrão para que os serviços interajam entre si.

Resultados obtidos pelo 2º ciclo do PMAQ relacionados a saúde materna confirmam obstáculos na contra referência da maternidade, ao descrever que 16,67% das equipes do município referiram esse retorno, enquanto as do estrato, a saber, a distribuição dos municípios levando em conta aspectos sociais, econômicos e demográficos que permitem a comparação entre si, mencionam o valor de 9,5%, o Estado, 14,32% e o Brasil, 18,85%¹⁹

Uma APS como estratégia só existirá se ela cumprir seus três papéis essenciais. A resolutividade, que exprime a capacidade cognitiva e tecnológica com vistas a solucionar grande parte da demanda; a coordenação, que provocam o trabalho da APS em ordenar os fluxos e os contrafluxos das pessoas, dos produtos e das informações entre os diferentes componentes das redes, e a responsabilização, que significa a proximidade entre a população adstrita e o exercício dos gestores²⁰

Esse mesmo relatório mostra que em relação à vinculação à maternidade, o município faz essa adesão à 100% das gestantes, enquanto o estrato, o Estado e Brasil apontam valores de 19,43%, 30,12% e 18,79%, respectivamente. A vinculação faz-se fundamental pela

orientação que é dada a gestante sobre o local provável de do parto, além de poder facilitar o diálogo entre hospital e a APS.

Quando perguntadas a respeito da maneira em que *a família e a comunidade podem estar participando do seu pré-natal*, as gestantes/puérperas do estudo relataram que:

“Meu marido me ajuda muito, tanto com esse pequeno e também quando eu perdi o outro (U.17)”

“Minha cunhada vai chegar pra ficar comigo (U. 25)”

“Não tenho família aqui, então ainda não sei como vou passar o resguardo, acho que vou ter pagar alguém (U.14)”

“A ACS conhece todo mundo aqui de casa (U. 22)”

A interação usuário/família propicia a compreensão mútua e beneficia a conquista do êxito técnico da assistência à gestante. Boa parte das entrevistas foi, ademais, rodeada de familiares, e logo, muitas estabeleceram o ambiente familiar e a concordância de pelo menos um parente como fortalezas para essa mudança do seu ciclo de vida.

A orientação familiar – entendida como um atributo derivado, mas não de menor relevância – atesta avanços da perspectiva da qualidade da atenção; para tanto, a percepção da capacidade das famílias deve ser analisada em termos de cooperação ou não para com o momento da gravidez. A presença dos familiares, mesmo com o desafio de associar a situação com o contexto social e cultural, como uma extensão do cuidado que requer atitudes de contato, escuta e confiança ²¹.

Portanto, o envolvimento com a família que possua potencial ou permita essa aproximação da equipe gera uma visão ampla dos problemas e das soluções que irão constituir o plano de cuidados da mulher. Renova-se aqui o merecimento da utilização de ferramentas de abordagem familiar a fim de se integrar a família como impulsão para a qualidade da APS na Rede Cegonha.

As considerações citadas no tocante ao atributo de orientação comunitárias demonstraram inexpressiva representação no incentivo à melhoria do transcórre do ciclo gravídico-puerperal, excetuando a faceta de visita domiciliar discutida anteriormente. Não houve discursos declarando alguma busca à ouvidoria por motivos de descontentamento.

O trabalho da APS deve envolver a população na tomada de decisões, e ampliar o escopo das atividades desenvolvidas com ela, ouvindo-a em busca de intervir naquilo que ela percebe como problema ¹⁸. Modificar a atuação somente torna-se possível com a utilização de planejamento e clínica ampliada, apoiados pela compreensão do serviço sobre os problemas de saúde da comunidade.

As entrevistas foram finalizadas com perguntas acerca das sugestões das participantes quanto ao acompanhamento pré-natal. Representam a maioria das falas os seguintes discursos:

“Acho que poderia ter mais tempo pra consulta, que às vezes a gente não consegue falar tudo o quer (U. 26)”

“Acho que mais médico pra atender (U.13)”

“Que os exames saíssem mais rápido (U.20)”

“Também queria ter ido no dentista (U. 9)”

“Que tivessem falado como é realmente o parto, que eu tive tudo diferente de como tinham me explicado (U.5)”.

Observou-se que as gestantes e puérperas demonstram durante essas respostas uma variação de sentimentos e julgamentos, perpassando por exaltações nos momentos que falavam suas opiniões. As ideias principais das entrevistadas convergiram tanto para a necessidade de maior acolhimento por parte das equipes quanto por mais acesso a medicamentos, exames e profissionais para além da equipe mínima da APS.

As dificuldades da escuta qualificada e do diálogo entre as gestantes e o prestador do cuidado foram uma das queixas descritas pelas usuárias, embora não tenha sido concebido pelas próprias participantes na análise dos aspectos da orientação comunitária.

Superior aos procedimentos técnicos, a humanização no trato com as gestantes favorece a diminuição da ansiedade destas, decorrendo daí possíveis confusões em sua percepção e consequente desestabilização da confiança mútua²². Ademais, o centro da atenção à saúde ser caracterizado unicamente na gravidez, sem enfatizar a mulher como indivíduo que merece crédito em seus diversos determinantes da saúde.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A proposta da Rede Cegonha veio juntamente com a reestruturação das políticas públicas em saúde voltadas à mulher e à APS. A atenção básica passa por modificações em decorrência da transição epidemiológica e da gritante necessidade de trabalho na clínica ampliada da saúde. Da APS, requer-se um salto de sua abordagem seletiva – incluído os programas de proteção materno-infantil – e autoritário para com os usuários por deter o conhecimento científico para uma aproximação continuada e integrada dos níveis assistenciais da saúde, apoderando o indivíduo à responsabilidade pela sua saúde.

Dito isto, a estruturação das RAS, e apropriadamente a Rede Cegonha vem dissuadir a submissão materna e consolidar a visão holística da mulher através da atenção humanizada e interdisciplinar que responda às suas necessidades de saúde seja qual for a complexidade do serviço. Favorece, assim, que a qualidade da atenção esteja presente para apoiar todo o transcorrer da vida das usuárias.

Neste contexto, os resultados convergiram na percepção de que a maioria das usuárias se sentem acolhidas e buscam a APS por considera-la eficiente no acompanhamento da gestação, como também observam a relevância da família durante este período, mas veem que a insuficiência de recursos materiais e humanos que dificultam sua assistência, além de não ponderar o envolvimento da comunidade em seu ciclo gravídico-puerperal.

Toda via, foi evidenciado que atributos como primeiro contato, longitudinalidade tiveram grande impacto, resultando na operacionalização de estruturas que atendam às necessidades dos usuários, como consultas, prontuários por família, recursos organizacionais e humanos. Os atributos derivados tiveram sua avaliação qualificada ocasionando o entendimento que fatores como diálogo entre profissional-gestante e seus familiares, as visitas domiciliares e o reconhecimento da cultura das gestantes constituem-se como ferramentas para impulsionar os demais aspectos que se encontram fragilizados, a saber: uso de instrumentos de abordagem familiar, canais de comunicação sobre a satisfação gestantes e a articulação dos usuários com conselhos locais de saúde. Também se pondera a carência de pesquisas nesse campo na literatura científica.

A qualidade da APS em sua faceta de atuação na Rede Cegonha primordialmente depende da consolidação de todos os atributos que compõem o referido nível de atenção. O município de Ibiapina/CE possui um amplo caminho a percorrer, entretanto mostra condições promissoras para que o trabalho da APS se estabeleça nas funções de resolubilidade, comunicação e responsabilização dentro da rede de atenção à saúde.

REFERÊNCIAS

1. Mendes E V. As Redes de Atenção à Saúde. *Ciênc. Saúde Colet.* 2010, 15(5): 2297-2305.
2. Coutinho S K S F et. al. Rede Cegonha: Uma Experiência em Educação Permanente com Agentes Comunitários de Saúde. *Sanare, Sobral.* 2017, 16(1): 74-79.
3. Brasil. Portaria n. 1.459/GM, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, a Rede Cegonha [document on the internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2011.
4. CEARÁ. Secretaria de Saúde do Ceará. Rede Cegonha – 13ª Microrregião de Tianguá. <mimeo> 2016.

5. Andrade S M A S et.al. Impacto da Implantação da Rede Cegonha nas Hospitalizações em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. Rev Rene. 2016, 17(3):310-317.
6. DONABEDIAN A. The quality of care. How can it be assessed. Arch Pathol Lab Med. 1997 Nov; 121(11): 1145-1150
7. DONABEDIAN, Avedis. An introduction to quality assurance in health care. New York: Oxford; 2003.
8. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: primary care assessment tool pcatool.** Brasília : Ministério da Saúde, 2010b.
9. IBGE. Contagem da População 2010. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 03 dez 2016.
10. MINAYO, M C S. **Pesquisa social, teoria, método e criatividade.** 31ª ed. Petrópolis: Vozes; 2012.
11. BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução Nº 466/2012. **Estabelece critérios sobre a pesquisa envolvendo seres humanos.** Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2012a.
12. SILVA, J D C; et. al Pré-Natal de alto risco: dados sociodemográficos e intercorrências durante a gravidez. REAS/EJCH| Vol.Sup.23| p.1-8. 2019.
13. FRUTUOSO, L A L M; BARROS, C C P; SILVA, E M A; SETTE, G C S; LIMA, A P E.
14. **Mortalidade materna em Pernambuco: delineando o perfil epidemiológico (2009-2013).** Enfermagem Brasil 2019;18(4):510-517
15. Kessler M, Lima SB, Weiller TH, Lopes LP, Ferraz L, Eberhardt TD, et al. Longitudinalidade do cuidado na atenção primária: avaliação na perspectiva dos usuários. Acta Paul Enfer. 2019;32(2):186-193.
16. MACHADO L M, PEREIRA G S, SILVA S O, PIESZAK G M, SCHIMITH M D, RODRIGUES S O. **Percepção dos agentes comunitários de saúde em relação à promoção da saúde nas visitas domiciliares.** Psico UFS. 2019;22,47-55.
17. MF; da Silva, GSV. Captação da Gestante para Pré-natal precoce. Revista Pró-UniverSUS. 2019 10 (1): 29-34.
18. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco.** Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012b.
19. PAULA WKAS, SAMICO IC, CAMINHA M F C, BATISTA FILHO M, FIGUEIROA J N. Orientação comunitária e enfoque familiar: avaliação de usuários e profissionais da estratégia saúde da família. Cad. Saúde Colet., 2017, Rio de Janeiro, 25 (2): 242-248.
20. PMAQ. Relatórios Analíticos. **Diálogos sobre acesso, acolhimento e agenda da equipe.** <mimeo> 2017.
21. MENDES, EV. **A Construção Social da Atenção Primária À Saúde.** Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS, 2015
22. REICHERT, APS. Orientação familiar e comunitária na Atenção Primária à Saúde da criança. **Ciência & Saúde Coletiva**, 21(1):119-127, 2016.

Caracterização de serviços de atenção especializada de Minas Gerais: aspectos sobre gestão, organização e práticas

Characterization of specialized care services in Minas Gerais: aspects on management, organization and practices

Caracterización de los servicios de atención especializada en Minas Gerais: aspectos sobre gestión, organización y prácticas

Thais Lacerda e Silva¹
Amanda Nathale Soares²
Lenira de Araújo Maia³
Fernanda Jorge Maciel⁴
Júlia Maria de Souza Farias⁵
Rodrigo Martins da Costa Machado⁶

RESUMO

Este estudo objetivou caracterizar aspectos de gestão, estrutura, composição de equipe e processos de trabalho dos Centros Estaduais de Atenção Especializada (CEAE) de Minas Gerais. Estudo descritivo, de abordagem quantitativa, com delineamento transversal. Os dados foram obtidos por meio de questionário on-line, respondido pelos gerentes administrativos de 26 CEAE. Entre os pontos fortes dos serviços, destaca-se qualificação profissional e baixa rotatividade de gerentes e coordenadores; desenvolvimento de ações de educação permanente em saúde; participação das equipes multiprofissionais em iniciativas de qualificação profissional; adoção de estratégias distintas para apoio matricial com equipes da atenção primária; realização de ações educativas com usuários; composição de equipes conforme normativas estaduais; e oferta ampliada de procedimentos e exames para linha de cuidado materno-infantil. Como questões que merecem atenção, destaca-se a necessidade de ampliar a compreensão sobre atribuições das lideranças dos CEAE; investir na infraestrutura dos serviços; ampliar a informatização para compartilhamento do cuidado entre serviços da rede de atenção; e ampliar oferta de procedimentos e exames para a linha de cuidado de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus. A regulamentação estadual desempenha uma forte indução na organização e no funcionamento dos CEAE.

Palavras-chave: Sistema único de saúde, atenção secundária à saúde, gestão em saúde

ABSTRACT

This study aimed to characterize aspects of management, structure, team composition and work processes of the State Centers for Specialized Care (CEAE) in Minas Gerais. Descriptive study, with a quantitative approach, with a cross-sectional design. Data were obtained through an online questionnaire, answered by administrative managers from 26 CEAE. Among the strengths of the services, professional qualification and low turnover of managers and coordinators stand out; development of continuing health education actions; participation of multidisciplinary teams in professional qualification initiatives; adoption of different strategies for matrix support with primary care teams; carrying out educational actions with users; offer of internship field for health training; composition of teams

according to state regulations; and expanded offer of procedures and exams for maternal and child care. As issues that deserve attention, the need to expand understanding of the responsibilities of CEAE leaders; invest in service infrastructure; expand computerization to share care between services in the care network; and expand the offer of procedures and exams for the Systemic Arterial Hypertension and Diabetes Mellitus line of care. State regulation plays a strong role in the organization and functioning of the CEAE.

Keywords: Oral Health, Patient Satisfaction, Health Assessment.

RESUMEN

Este estudio tuvo como objetivo caracterizar aspectos de gestión, estructura, composición de equipos y procesos de trabajo de los Centros Estatales de Atención Especializada (CEAE) de Minas Gerais. Estudio descriptivo, de enfoque cuantitativo, con diseño transversal. Los datos se obtuvieron a través de un cuestionario online, respondido por gerentes administrativos de 26 CEAE. Entre las fortalezas de los servicios destacan la calificación profesional y la baja rotación de gerentes y coordinadores; desarrollo de acciones de educación continua en salud; participación de equipos en iniciativas de cualificación profesional; adopción de estrategias de apoyo matricial con los equipos de atención primaria; realización de acciones educativas con los usuarios; composición de equipos según normativa estatal; y ampliación de la oferta de procedimientos y exámenes para la atención materno-infantil. Como temas que merecen atención, se destaca la necesidad de ampliar la comprensión de las responsabilidades de los líderes del CEAE; invertir en infraestructura; ampliar la informatización para compartir la atención entre los servicios de la red de atención; y ampliar la oferta de procedimientos y exámenes para la línea de atención de Hipertensión Arterial Sistémica y Diabetes Mellitus. La regulación estatal tiene una fuerte influencia en la organización y funcionamiento del servicio.

Palabras-clave: sistema único de salud, atención secundaria de salud, gestión en salud

1 INTRODUÇÃO

Um dos principais gargalos do Sistema Único de Saúde (SUS) é a estruturação insuficiente e heterogênea da rede de cuidados especializados. Apesar da recém-publicada Política Nacional de Atenção Especializada em Saúde, em 2023¹, ainda há uma limitação na definição de diretrizes operacionais claras e na disponibilização de recursos suficientes para induzir a ampliação e a organização da atenção especializada no país².

No estado de Minas Gerais, especificamente, há um programa estadual de atenção ambulatorial que, coordenado pela Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES-MG), regulamenta o funcionamento de 28 Centros Estaduais de Atenção Especializada (CEAE). Com financiamento estadual, o programa atualmente abrange 47 (61%) microrregiões de saúde e 436 (51%) municípios do segundo estado mais populoso do país, o que lhe confere uma atenção especial no que se refere à implementação de uma política de atenção especializada de caráter nacional. São objetivos gerais do programa: ofertar assistência especializada aos usuários dos CEAE; garantir educação permanente aos profissionais dos

serviços; e promover matriciamento e capacitação das equipes de Atenção Primária à Saúde (APS)³⁻⁵.

Os CEAE são unidades ambulatoriais de referência regional para a oferta de ações de média complexidade, em linhas de cuidados prioritárias, contempladas a depender da categoria do serviço (categorias I, II e III). A categoria I envolve ações na linha de cuidado Materno-Infantil e Saúde da Mulher, com ênfase no cuidado da gestante de alto risco e na propedêutica do câncer de colo de útero e mama; a categoria II, além do previsto na Categoria I, envolve ações nas linhas de cuidado de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus (HAS/DM), podendo possuir carteira ampliada para angiologia, nefrologia e/ou oftalmologia; e a categoria III abrange ações da Categoria II, com acréscimo de uma linha de cuidado e/ou de especialidades médicas³⁻⁶.

O programa estadual de atenção ambulatorial especializada de Minas Gerais vem sendo rediscutido nos últimos anos, com diversas atualizações de diretrizes para organização e funcionamento dos CEAE⁷. Entre 2019 e 2023, publicaram-se quatro normativas estaduais que abordam aspectos relacionados à regulamentação dos CEAE, aos processos de supervisão e avaliação e à metodologia de financiamento. A última revisão resultou na publicação da Deliberação CIB-SUS/MG nº 4.132, de 15 de março de 2023, que atualizou orientações para organização, avaliação e financiamento dos CEAE⁸.

O movimento de atualizações das normativas revela que o programa estadual de atenção ambulatorial, tal como está sendo proposto, está em processo de construção e consolidação, com níveis de implementação heterogêneos entre as regiões do estado. Ademais, não há, na literatura técnico-científica e na base de dados da gestão estadual do programa, registros suficientes e sistemáticos que possibilitam compreender o funcionamento e a organização dos CEAE, o que aponta a importância de se realizar uma caracterização dos serviços, considerando as condições existentes para a realização das ações previstas nos atos normativos.

Neste artigo, será apresentada parte dos resultados da pesquisa ‘Atenção ambulatorial especializada em Minas Gerais: análise de processos de implementação e de funcionamento dos CEAE’, com o objetivo de caracterizar aspectos de gestão, estrutura, composição de equipe e processos de trabalho hoje existentes nos CEAE de Minas Gerais. Destaca-se que a análise das características de organização e funcionamento dos CEAE não expressa uma avaliação da qualidade do cuidado ofertado, mas se assume que determinadas condições do serviço podem facilitar e/ou dificultar o desenvolvimento de modelos assistenciais comprometidos com a qualidade do cuidado⁹

2 DESENVOLVIMENTO

2.1 Caracterização gerencial dos CEAE

Entre os 26 CEAE estudados, 16 (61,4%) são de Categoria II, oito (30,7%) de Categoria I e dois (7,7%) de Categoria III. Sobre a gestão dos serviços, 17 (65,4%) CEAE possuem administração direta da gestão municipal, oito (30,8%) são geridos por consórcios intermunicipais e um (3,8%) por fundação de direito público.

Em relação ao quantitativo de municípios de abrangência dos CEAE, a média e a mediana do número de municípios cobertos são em torno de 15 para os serviços de Categorias 1 e 2 e de, aproximadamente, 24 municípios para os de Categoria 3. Embora a distribuição de municípios atendidos pelos CEAE tenha certa uniformidade, há situações discrepantes, como a de um serviço que é responsável pela cobertura de apenas três municípios e a de outros dois serviços que cobrem mais de 30 municípios.

Sobre o perfil dos gerentes administrativos e dos coordenadores assistenciais dos CEAE, a maioria é do gênero feminino, com 22 (84,6%) mulheres atuando na gerência e 25 (96,2%) na coordenação assistencial. Em ambas as funções, a maioria possui pós-graduação *lato sensu*, com percentuais acima de 70%. Sobre a graduação, 14 (53,8%) gerentes e 16 (61,5%) coordenadoras possuem graduação em enfermagem. A segunda categoria profissional mais observada entre gerentes é a fisioterapia (15,4%) e, entre coordenadoras, o serviço social (15,4%). Em quatro CEAE, as gerentes administrativas possuem formação em área distinta à da saúde (administração, ciências contábeis, direito e gestão pública) e, em três serviços, as coordenadoras assistenciais não possuem graduação na área da saúde (administração e ciências contábeis). Em relação ao tempo de atuação, 11 (42,3%) gerentes estão há mais de cinco anos na função e 15 (57,7%) coordenadoras exercem a função no período de um a cinco anos. Em seis serviços, as gerentes e as coordenadoras exercem as funções há menos de um ano.

2.2 Estrutura dos CEAE e oferta de ações assistenciais

Esta categoria abrange resultados relacionados aos aspectos da estrutura física disponível para acolhimento e cuidado aos usuários, à composição das equipes multiprofissionais e à oferta da carteira de serviços.

Na Tabela 1, observa-se que a maioria (mais de 80%) dos CEAE possui estrutura adequada de consultórios e/ou de outros espaços para interação entre os profissionais, para realização de consultas compartilhadas e para desenvolvimento de atividades coletivas entre

os próprios profissionais (reuniões de equipe/discussão de casos) ou junto aos usuários (atividades educativas e orientações em grupo). Entretanto, em nove (34,6%) serviços, não há quantidade suficiente de consultórios para atendimento individual dos profissionais da equipe; em sete (26,9%), não há consultórios com computador com acesso à internet; e em oito (30,8%) serviços, não há estrutura necessária para reuniões remotas e/ou teleconsultas e/ou atividades à distância de apoio matricial com equipes da APS.

Destaca-se que, embora todos os CEAE atendam à linha de cuidado materno-infantil, apenas 12 (46,2%) possuem espaço destinado ao apoio de mães, pais ou responsáveis para cuidado aos bebês. Outra característica da estrutura dos CEAE investigada refere-se à acessibilidade. Gerentes de 17 (65,4%) CEAE informaram que os serviços estão parcialmente adequados às necessidades das pessoas com deficiência. As principais estratégias identificadas para garantia da acessibilidade são: rampas de acesso (80,8%), portas com largura adequada para cadeira de rodas (77%), espaço para acomodação de cadeira de rodas na sala de espera (77%), barras de apoio (69%) e corrimão (50%). Poucos serviços dispõem de bebedouros adaptados (23%), piso tátil (15,4%), recurso visual para informação aos usuários na sala de espera (19,2%) e sistema de som que permita chamada de voz na sala de espera (11,5%).

Sobre a composição das equipes multiprofissionais, 22 (84,6%) CEAE possuem equipe completa conforme preconizado e quatro (15,4%) não possuem todos os profissionais na equipe (Tabela 2), entre os quais três não possuem técnico de radiologia e um não possui endocrinologista.

Destaca-se que a composição das equipes dos CEAE varia conforme a categoria do serviço e, conseqüentemente, às linhas de cuidado ofertadas. Em geral, essa diferença refere-se à presença ou não de especialidades médicas. Profissionais de ensino superior de enfermagem, nutrição, psicologia, serviço social, bem como técnicos de enfermagem e radiologia compõem a equipe mínima preconizada em todas as categorias. Já o farmacêutico deve integrar as equipes mínimas dos CEAE de categorias II e III. Médicos das especialidades ginecologia/obstetrícia, mastologia e pediatria devem compor as equipes dos CEAE de todas as categorias. Serviços de categorias II e III devem contar, também, com médicos das especialidades de cardiologia e endocrinologia. Exceto em pactuações específicas, angiologia, nefrologia, oftalmologia e urologia são especialidades obrigatórias para composição de equipe mínima dos CEAE de categoria III. Dessas especialidades, as três primeiras podem fazer parte

da equipe mínima dos CEAE de categoria II ampliada, a depender do tipo de ampliação definida.

Destaca-se que nove CEAE (34,6%) possuem fisioterapeuta na equipe multiprofissional, embora a presença da categoria seja facultativa. Distintamente, nenhum CEAE informou presença do educador físico. Ademais, três CEAE de categoria I possuem especialidades médicas (endocrinologista e urologista) para além das previstas. Em relação aos CEAE de categoria II ampliada, um possui oftalmologista sem ter a expansão para essa especialidade formalizada e dois possuem, adicionalmente, urologista. Para além do exposto nas regulamentações estaduais e na Tabela 02, observou-se a presença de radiologista em três CEAE, de ultrassonografista em dois CEAE, de médico regulador em um CEAE e de fonoaudiólogo em um CEAE.

Sobre a carteira de serviços, mais de 90% dos CEAE garantem oferta regular de consultas com equipe multiprofissional e com médicos especialistas em cada linha de cuidado/especialidade, exceto os serviços de categoria II ampliada com expansão para oftalmologia (87,5%). Destaca-se que os CEAE, em geral, apresentam maiores percentuais de oferta regular de consultas com médicos especialistas, quando comparados com a oferta de consultas com as demais categorias profissionais de nível superior (Tabela 3).

Outro aspecto da carteira de serviços relaciona-se à capacidade do programa de ofertar todos os exames e os procedimentos preconizados para cada linha de cuidado prioritária. Maior frequência de oferta completa de exames e procedimentos foi observada na propedêutica de câncer de mama (88,5% dos CEAE). Já para as linhas de pré-natal de alto risco e de propedêutica de câncer de colo de útero, esse resultado foi de 76,9%. Em contrapartida, apenas 33,3% dos CEAE que atendem à linha de cuidado para HAS/DM possuem oferta completa de exames e procedimentos preconizados. Sobre a expansão de oftalmologia, metade dos serviços de categoria II oferta a totalidade dos exames/procedimentos preconizados e nenhum de categoria III oferta toda a carteira.

2.3 Capacitação e Educação Permanente em Saúde (EPS) da equipe multiprofissional

Outro aspecto investigado foi a participação das equipes dos CEAE em processos de qualificação profissional/EPS, a exemplo de reuniões de equipe. Em todos os serviços realizam-se reuniões de equipe; em doze (46%) CEAE, as reuniões são realizadas mensalmente; em quatro (15,4%), quinzenalmente; em três (11,5%), semanalmente; e em seis (23%) não há periodicidade definida.

Sobre a participação nas reuniões de equipe, em 13 (50%) CEAE, todos os profissionais de saúde participam; em sete (27%), os médicos não participam; e em seis (23%), todos os trabalhadores do CEAE (além dos profissionais de saúde) participam das reuniões de equipe. A discussão de questões relacionadas à organização do CEAE, a proposição de mudanças no trabalho da equipe e a discussão e a avaliação de resultados do serviço foram apontadas por todos os gerentes como objetivos das reuniões de equipe. A discussão de casos clínicos também é objetivo das reuniões de equipe de 22 (84,6%) CEAE e a elaboração de planos de cuidado de usuários apareceu como objetivo das reuniões de 16 (61,5%) serviços.

Nos 26 CEAE, as equipes participam de outras iniciativas de EPS/qualificação profissional, com maior proporção de participação em cursos de educação à distância (73%), cursos presenciais (69%), seminários/mostras (69%), oficinas e grupos de discussão (58%). Os profissionais que participam mais frequentemente das ações de qualificação são: enfermeiro (96,2%), nutricionista (84,6%), assistente social (80,8%) e psicólogo (76,9%). Em menor proporção, estão o técnico de enfermagem (57,7%), o médico (46,2%), o farmacêutico (46,2%) e o técnico de radiologia (26,1%).

Sobre a oferta de estágio, a maior parte dos CEAE (69%) constitui campo de estágio para a formação de profissionais de saúde; 14 (53,8%) serviços ofertam campo de estágio para estudantes de graduação, seis (23,8%) para estudantes de nível técnico e oito (30,8%) para residentes de medicina e residentes multiprofissionais em saúde.

2.4 Comunicação e compartilhamento de informações clínicas

O uso de sistema informatizado para registro de informações em saúde foi identificado em 17 (65,4%) CEAE, entre os quais todos utilizam sistema para registro de produção e agendamento de atendimentos pela própria equipe; 15 (57,7%) utilizam para importação de informações para o Sistema de Informações Ambulatoriais de Saúde (SIA); 12 (46%) para registro de história clínica dos usuários; e oito (30,8%) para comunicação e compartilhamento de informações com equipes da APS (agendamento de atendimentos realizados pela equipe da APS e compartilhamento da história clínica dos usuários). Embora somente oito serviços utilizem sistema informatizado para compartilhamento de informações clínicas com a APS, 24 dos 26 gestores (92,3%) informaram que compartilham informações com equipes da APS, a maioria (62,5%) via registro em papel (formulário de referência e contrarreferência).

Ainda sobre a relação entre equipes do CEAE e da APS dos municípios de abrangência, 24 (92,3%) gestores informaram que há fluxos de compartilhamento do cuidado estabelecidos entre ambas as equipes. Em 18 CEAE, os fluxos foram pactuados nos espaços de governança regional.

Outra estratégia investigada refere-se ao Apoio Matricial. 25 (95,2%) gerentes sinalizaram que a equipe do CEAE realiza ações de apoio matricial, entre os quais 21 (84%) informaram não terem periodicidade definida. As estratégias de matriciamento mencionadas foram: discussão de caso clínico entre as equipes (84,6%), elaboração conjunta do plano de cuidado do usuário (30,8%), atendimento conjunto de usuários com profissionais da APS (26,9%), segunda opinião (19,2%) e visita domiciliar conjunta (15,3%).

Sobre as estratégias utilizadas pela equipe do CEAE para compartilhamento de informações clínicas dentro do próprio serviço, destaca-se registro em prontuários (100%), discussão em reunião de equipe (80,8%), uso de aplicativos de mensagens (61,5%) e atendimento compartilhado (53,8%).

2.5 Educação em saúde com usuários

Apenas um CEAE não oferta práticas educativas em saúde junto aos usuários. Os outros 25 serviços ofertam ações educativas para todos os públicos atendidos. Em todas as linhas de cuidado, há maior proporção de ações educativas sem periodicidade definida. Quando há periodicidade definida, predomina a oferta semanal.

Os profissionais de saúde que participam mais frequentemente das ações educativas são: psicólogo (92,3%), enfermeiro (88,4%), assistente social (88,4%), nutricionista (80,8%) e farmacêutico (61,5%). Médicos e técnicos de enfermagem foram os profissionais com menor participação no desenvolvimento das ações educativas, com 26,9% e 23%, respectivamente. Em uma questão aberta sobre as principais ações educativas realizadas no CEAE, os gerentes citaram diversas atividades e o conjunto de respostas revelou a predominância das salas de espera e dos grupos (Figura 1).

Tabela 1. Características relacionadas à estrutura dos CEAE

Variável	Pergunta	Sim	Não
Estrutura	Dispõe de consultórios em quantidade suficiente para todos os profissionais da equipe realizarem consultas individuais?	17 (65,4%)	9 (34,6%)
	Dispõe de consultórios com computador com acesso à internet?*	19 (73,1%)	7 (26,9%)

Dispõe de estrutura para realização de reuniões remotas e/ou teleconsultas e/ou atividades à distância de apoio matricial?	18 (69,2%)	8 (30,8%)
Dispõe de consultórios dispostos ao lado um do outro, possibilitando interação entre os profissionais durante os atendimentos?	23 (88,4%)	3 (11,5%)
Dispõe de espaço que possibilite realização de consulta compartilhada entre profissionais da equipe?	23 (88,4%)	3 (11,5%)
Dispõe de espaço destinado à reunião de equipe/discussão de casos?	22 (84,6%)	4 (15,4%)
Dispõe de espaço destinado às atividades educativas/orientações em grupo?	21 (80,8%)	5 (19,2%)
Dispõe de espaço destinado ao apoio de mães, pais ou responsáveis para cuidado aos bebês?	12 (46,2%)	14 (53,8%)

Fonte: elaboração própria

Notas: *Considerou-se “sim” quando mais da metade dos consultórios possuísse acesso à internet.

Tabela 2. Categorias profissionais presentes nos CEAE, por tipologia.

Categorias Profissionais	CEAE Categoria I		CEAE Categoria II Básica		CEAE Categoria II Ampliada		CEAE Categoria III	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Assistente Social	8	100%	5	100%	11	100%	2	100%
Enfermeiro	8	100%	5	100%	11	100%	2	100%
Nutricionista	8	100%	5	100%	11	100%	2	100%
Psicólogo	8	100%	5	100%	11	100%	2	100%
Farmacêutico	-	-	5	100%	11	100%	2	100%
Fisioterapeuta*	3	38%	1	20%	3	27%	2	100%
Educador Físico*	-	-	-	-	-	-	-	-
Técnico de Enfermagem	8	100%	5	100%	11	100%	2	100%
Técnico em Radiologia	7	88%	5	100%	9	82%	2	100%
Ginecologista/Obstetra	8	100%	5	100%	11	100%	2	100%
Mastologista	8	100%	5	100%	11	100%	2	100%
Pediatra	8	100%	5	100%	11	100%	2	100%
Cardiologista	-	-	5	100%	11	100%	2	100%
Endocrinologista	1	13%	4	80%	11	100%	2	100%
Angiologista**	-	-	-	-	8	100%	2	100%
Nefrologista**	-	-	-	-	8	100%	2	100%
Oftalmologista**	-	-	-	-	9	112,5%	2	100%
Urologista***	2	25%	-	-	2	18%	1	100%

Fonte: elaboração própria

Notas:

*É facultado ofertar serviços de fisioterapia e educação física, não implicando alteração no valor de custeio financiado.

**A presença de angiologista, nefrologista e oftalmologista nas equipes dos CEAE de categoria II ampliada é obrigatória apenas quando os serviços possuírem expansão para a especialidade.

***Apenas um dos CEAE de categoria III deve possuir urologista na carteira, devido à pactuação específica junto à SES-MG.

3 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, de abordagem quantitativa, com delineamento transversal. Todos os 28 CEAE, na figura dos gerentes administrativos, foram convidados a participar da pesquisa, dos quais 26 responderam ao instrumento de coleta de dados que orientou a elaboração deste artigo.

A base de dados foi constituída por meio de questionário on-line, de autopreenchimento pelos gerentes administrativos, elaborado pela equipe de pesquisadores, com base em documentos de regulamentação do Programa Estadual, e aplicado no período de agosto a setembro de 2023, via *SurveyMonkey*. O questionário abrangeu questões sobre seis grupos temáticos: identificação geral do CEAE; equipe multiprofissional e carteira de serviços; estrutura do CEAE; processos de trabalho das equipes; qualificação dos profissionais; práticas educativas desenvolvidas junto aos usuários.

As informações obtidas a partir dos questionários foram tabuladas no software Microsoft Excel, consolidadas e analisadas, utilizando frequência relativa das respostas válidas.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa, com Parecer nº 6.251.346 e CAAE nº 70457823.5.0000.5559.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para caracterização dos CEAE, investigamos aspectos que possibilitam apontar maior ou menor capacidade de o serviço desenvolver as principais funções previstas nas normativas, as quais envolvem oferta de assistência por meio de atuação integrada da equipe multiprofissional, desenvolvimento de ações formativas/educativas e apoio técnico-especializado com equipes da APS. Os resultados das questões investigadas foram organizados em cinco categorias: caracterização gerencial dos CEAE; aspectos relacionados à estrutura e à oferta de ações assistenciais; capacitação e educação permanente das equipes; estratégias de comunicação e compartilhamento de informações clínicas; e práticas de educação em saúde com usuários.

No âmbito da gestão dos 26 CEAE participantes desta pesquisa, as três modalidades identificadas – gestão do município polo, gestão por consórcio intermunicipal e gestão por fundação – estão previstas nas normativas estaduais. Diferente de outras experiências de programas estaduais de assistência ambulatorial especializada, tais como Bahia e Ceará, em Minas Gerais não há uma única forma de gerenciamento do serviço definida pela SES-MG¹⁰⁻¹¹.

No que se refere ao perfil das lideranças, os 26 serviços atendem à exigência de ter um gerente administrativo e um coordenador assistencial, ambos com, no mínimo, formação de nível superior, sendo um deles com formação na área da saúde, conforme estabelecido por normativa estadual⁴. Sobre o perfil do coordenador assistencial, embora as resoluções estaduais sobre o funcionamento dos CEAE não explicitem a graduação na área da saúde como uma exigência para desempenhar a função, uma nota orientativa da SES-MG sobre o cuidado à pessoa com HAS/DM preconiza que o coordenador assistencial do CEAE deva ter formação, preferencialmente, na área da saúde. Isso é consonante com a responsabilidade prevista para o coordenador, constante na mesma nota, qual seja, “*coordenar, dirigir, controlar e supervisionar os assuntos relativos à assistência prestada aos usuários do CEAE*”¹²⁽⁴²⁾, uma atribuição mais afim à dimensão técnico-assistencial do serviço.

Em relação ao perfil do gerente administrativo, a mesma nota orientativa sugere um profissional com perfil de gestor público, capaz de articular competência técnica com sensibilidade política¹². Não aparece, entretanto, entre as atribuições do gerente previstas na nota, questões relacionadas à articulação com os gestores dos municípios atendidos pelos CEAE e aos espaços de governança e de instâncias de pactuação do SUS. Por se tratar de serviço de abrangência regional, é fundamental que os gerentes dos serviços existentes no território, bem como os gestores municipais e estaduais, estabeleçam mecanismos de discussão, comunicação e colaboração visando aos melhores resultados na atenção à saúde da população¹³.

De algum modo, as definições sobre o perfil de formação preconizado para gerentes administrativos e coordenadores assistenciais devem estar diretamente relacionadas às atribuições esperadas. Entretanto, as normativas que regulamentam os CEAE não explicitam tais atribuições, as quais estão presentes, ainda que limitadamente, somente na nota orientativa da SES-MG sobre HAS/DM¹², cujo objeto é de interesse direto apenas dos CEAE que atendem a essa linha de cuidado.

As limitadas informações/orientações sobre o que se espera dos gerentes e dos coordenadores assistenciais dos CEAE apontam para a necessidade de se construir, junto aos próprios trabalhadores, as atribuições e as competências requeridas para o desempenho das funções no serviço de atenção ambulatorial especializada. A construção coletiva dos aspectos que envolvem a atuação na gerência de serviços de saúde do SUS, junto aos próprios trabalhadores que desempenham as funções, é um caminho promissor e pode ser utilizado nos serviços de atenção especializada.

No âmbito dos CEAE, destaca-se como fator favorável para isso o tempo de experiência dos gerentes e dos coordenadores nas funções. Os resultados desta pesquisa demonstraram que quase metade dos gerentes dos CEAE atua na função há mais de cinco anos, indicando uma baixa rotatividade dos profissionais, o que contraria achados em estudos realizados em serviços da APS. Outros aspectos relacionados ao perfil dos gerentes e dos coordenadores dos CEAE, como a predominância de mulheres enfermeiras e com pós-graduação, são corroborados por pesquisas sobre a gerência de serviços da APS^{14,15}.

Sobre aspectos da estrutura física dos CEAE, o fato de nove serviços não possuírem consultórios suficientes para atendimento individual por todos os profissionais da equipe multiprofissional aponta para a necessidade de se conhecer que arranjos estão sendo feitos nos processos de trabalho para garantir que os usuários sejam avaliados por toda a equipe, sobretudo na primeira consulta, como preconiza o modelo assistencial no ambulatório: atendimentos individuais sequenciais pelas distintas categorias profissionais de nível superior¹⁶. Observa-se, ainda, a necessidade de investimento na adequação da ambiência dos CEAE para acolher às necessidades de cuidado aos bebês por mães e pais que utilizam o serviço, à luz das discussões já realizadas sobre a humanização do parto e do nascimento¹⁷.

Em relação à acessibilidade arquitetônica dos CEAE, apenas nove serviços foram considerados adequados para acolhimento e atendimento às necessidades da pessoa com deficiência. Esse achado não é específico de serviços de atenção especializada ou mesmo do estado de Minas Gerais e está presente também em unidades básicas de saúde e outros serviços de saúde¹⁸. É interessante que a discussão sobre as barreiras arquitetônicas não se restrinja a uma questão apenas de adequação/inadequação de infraestrutura de serviços de saúde, mas que seja considerada em termos de impacto no direito de usuários com alguma deficiência terem acesso à saúde de forma equânime. Caberia pensar se o serviço de saúde, que deveria ser um espaço de acolhimento e cuidado, não estaria se tornando, como observado em outros estudos, um local que traz prejuízos ao usuário com alguma deficiência,

como sensação de falta de respeito, dignidade e autonomia. Nesse sentido e considerando os avanços legais alcançados no Brasil com o Plano Viver sem Limites e a Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência, torna-se urgente a eliminação de barreiras de acesso aos serviços de saúde, incluindo aos CEAE aqui estudados¹⁸⁻²¹.

A composição das equipes multiprofissionais dos CEAE, preconizada por meio de Nota Técnica⁶, varia conforme a categoria do serviço e as linhas de cuidado ofertadas. A ausência de técnico de radiologia identificada em três CEAE não prejudica a oferta da carteira de serviços, considerando que os exames de radiologia, nestes casos, são ofertados por serviço contratado e/ou já existente na rede. Quanto à ausência de endocrinologista na equipe de um dos serviços, não foi possível identificar fatores relacionados.

Os achados deste estudo relacionados à oferta de exames e procedimentos preconizados revelam uma preocupação para a linha de cuidado de HAS/DM e para a expansão em oftalmologia, o que pode levar à peregrinação de usuários em outros pontos da rede pública e/ou privada para tentativa de acesso²². Isso está em desacordo com o programa estadual dos CEAE, cuja proposta busca romper com a fragmentação e a segmentação da atenção ambulatorial especializada predominante no SUS¹⁰, modelando uma carteira de serviços mais ampliada de assistência e apoio diagnóstico ofertada por um serviço.

Observa-se relevante presença de práticas de EPS, por meio, prioritariamente, de reuniões de equipe para discussão de aspectos da organização do serviço, discussão de casos clínicos e elaboração conjunta de planos de cuidado. Esse dado contraria achados na literatura que destacam dificuldades de se manter espaços protegidos para discussão e reflexão sobre processos de trabalho em serviços da atenção secundária em saúde²³. A organização dos CEAE para o desenvolvimento dessas práticas pode ter influência da diretriz estadual, que estabelece como um dos indicadores de avaliação do serviço o desenvolvimento de ações de EPS e de reuniões de equipe⁸. A participação dos médicos nas reuniões de equipe, entretanto, consiste em desafio para alguns dos CEAE. A menor participação de profissionais médicos em iniciativas de EPS, como as reuniões de equipe, pode estar relacionada ao tipo de vínculo de trabalho estabelecido com o serviço, sendo grande proporção com vínculos precários de trabalho e/ou a uma atuação mais focada no atendimento às consultas individuais. Estudo recente desenvolvido com médicos inseridos nos setores público e privado do estado de São Paulo demonstrou uma tendência crescente de inserção de médicos como pessoa jurídica, a qual também esteve associada à perda de autonomia desses profissionais em relação ao trabalho desenvolvido²⁴.

Ainda sobre as ações de EPS, os resultados deste estudo reforçam que as tecnologias digitais vêm ganhando mais espaço na qualificação dos profissionais do SUS. A maior parte dos dirigentes do CEAE afirmaram que os profissionais participam de qualificação por meio de cursos ofertados na modalidade de Educação à Distância (EaD). Tal dado é corroborado no estudo de revisão de literatura, em que se demonstrou que, em ações de EPS, a EaD é a Tecnologia Digital mais referida pelos autores, seguida da Telessaúde²⁵. Em outro estudo, a realização de EPS na modalidade de EaD foi referida por 83% dos 52 médicos participantes e atuantes na estratégia Saúde da Família de um município-polo do estado de Minas Gerais²⁶. Embora os resultados deste estudo demonstraram predominância de participação em ofertas na modalidade à distância, houve grande proporção de participação em cursos presenciais e, ainda, em iniciativas de formação não formais, a exemplo de oficinas e grupos de discussão. Quanto à participação das diferentes categorias profissionais da equipe a processos de qualificação profissional, embora o resultado aponte uma maior proporção de enfermeiros, de forma geral, a participação do nutricionista, do assistente social e do psicólogo também é significativa. Nas categorias profissionais de nível superior, foi referida menor proporção de participação do médico e do farmacêutico, não sendo possível, pelos dados desta pesquisa, identificar possíveis fatores associados. Chama atenção a menor proporção referida de participação do profissional técnico em processos de qualificação.

Sobre a oferta de campo de estágio para a formação de trabalhadores do SUS, os CEAE participantes deste estudo também se destacaram. A incorporação de alunos, de formação técnica, graduação ou residência, em um serviço de atenção ambulatorial especializada tem a potencialidade de contribuir, sobretudo, para o desenvolvimento/aquisição de práticas de cuidado pautadas no trabalho em equipe e na interprofissionalidade, dada a possibilidade de experienciar estratégias que articulem as atividades e os saberes das diferentes categorias profissionais que atuam no CEAE.

O desenvolvimento de ações de matriciamento junto às equipes da APS dos municípios de abrangência dos CEAE também se destaca nos resultados deste estudo, embora a grande maioria dos dirigentes dos serviços tenha informado que não há periodicidade definida para a realização das ações de apoio matricial. Tal dado pode indicar, por um lado, uma prática de cuidado compartilhado entre os profissionais de ambos os serviços que acontece imbricada/encarnada nos processos de trabalho, não sendo necessária a definição, a priori, de agenda protegida para desenvolvê-la; por outro lado, pode indicar um certo distanciamento entre os serviços e/ou dificuldades de definição de agenda protegida para as

práticas de matriciamento. Insta salientar que um estudo desenvolvido com o objetivo de analisar práticas de apoio matricial desenvolvidas por equipe de um serviço de atenção ambulatorial especializada identificou a necessidade de os profissionais da APS terem um horário protegido para as atividades compartilhadas com a AAE. Revelou, ainda, que as fragilidades encontradas na comunicação entre a equipe da AAE e a APS poderiam advir da sobrecarga de trabalho, da desmotivação ou até mesmo do desinteresse nas ações de matriciamento pelos profissionais da APS²⁷. No âmbito do fortalecimento e da atuação integrada à Atenção Primária, o matriciamento das equipes de APS, de modo sistemático e regular, é uma das atribuições esperadas dos serviços de AAE, conforme dispõe a PNAES¹.

O uso de sistema informatizado para registro de informações em saúde ainda constitui um desafio para os CEAE pesquisados, embora seja de amplo reconhecimento que os Sistemas Informatizados em Saúde (SIS) compartilhados pelos diversos pontos da rede de atenção tendem a tornar os processos de trabalho mais organizados e integrados^{28,29}. Nesse sentido e considerando que um dos pressupostos do trabalho dos CEAE é o compartilhamento do cuidado com as equipes da APS dos municípios de abrangência do serviço, o estabelecimento de fluxos de informação que conectem esses dois pontos da RAS é fundamental para propiciar um *“cuidado que acompanhe os usuários em toda a sua trajetória dentro do SUS, de modo integral”*²⁹⁽⁹⁰⁾. Cabe ressaltar que, a despeito de o compartilhamento de informações não ser realizado por meio de SIS, 24 (92,3%) CEAE participantes da pesquisa informaram que compartilham informações com as equipes da APS, sobretudo por meio de formulário de referência e contrarreferência impresso.

Relevante destacar que os desafios com os SIS ainda é uma constante no SUS, não apenas no estado de Minas Gerais. Em geral, os SIS foram pensados e implantados com diferentes finalidades e são voltados para atender, isoladamente, às demandas dos diversos pontos de atenção da rede. Assim, há pouca interoperabilidade entre os sistemas, gerando fragmentação das informações de saúde no país^{30,31}.

Ainda sobre as estratégias de comunicação adotadas pelos CEAE, a maioria dos serviços pesquisados informou que as estratégias, as regras e os fluxos de compartilhamento do cuidado junto à APS foram pactuados nas instâncias de governança regional. Isso aponta para a importância dada aos espaços de negociação, de coordenação dos diferentes pontos de atenção à saúde e de tomada de decisão coletiva. Estudos apontam que os espaços de governança têm potencial para fortalecer e consolidar a regionalização, além da possibilidade de promoverem transparência, qualidade na gestão e na prestação dos serviços assistenciais e

concertação política, com vistas a organizar o sistema regional de saúde com base nas necessidades da população^{13,31}.

A ampla realização de práticas educativas em saúde junto aos usuários, nos CEAE estudados nesta pesquisa, aponta a importância atribuída à educação em saúde como uma estratégia que compõe as ofertas do serviço. Embora não haja nas resoluções estaduais que regulamentam os CEAE uma indução para a realização de ações educativas com os usuários, seja por meio de diretrizes, seja por meio de indicadores/metas, as práticas educativas foram apontadas como uma oferta das equipes multiprofissionais de praticamente todos os serviços investigados e para todos os públicos atendidos. Isso, por um lado, aponta a realização de uma atribuição adicional àquelas previstas para as equipes dos CEAE em Nota Orientativa estadual para a Saúde da Pessoa com Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial Sistêmica¹² e, por outro lado, está em consonância com as competências da equipe especializada previstas em Nota Técnica para Saúde da Mulher na Gestação, no Parto e no Puerpério, publicada pelo Ministério da Saúde e instituições parceiras e adotada pelo estado de Minas Gerais em projeto estratégico estadual¹⁶.

Embora, em geral, a educação em saúde esteja mais associada às práticas das equipes de APS, as ações educativas também aparecem na literatura como uma oferta importante dos serviços de atenção secundária³².

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo possibilitou conhecer aspectos importantes sobre a organização e o funcionamento dos CEAE do estado de Minas Gerais, provendo subsídios aos distintos atores envolvidos na proposição, implementação e supervisão do Programa. De forma geral, observou-se que a regulamentação (diretrizes operacionais e financiamento) estadual desempenha uma forte indução nos modos de organização do serviço.

Embora a pesquisa tenha permitido realizar uma caracterização geral dos CEAE, cabe destacar uma limitação do instrumento utilizado para a coleta de dados em fornecer informações adicionais que permitam justificar e compreender o contexto ou as causas de alguns resultados identificados, como por exemplo, as limitações encontradas na oferta ampliada de procedimentos e exames para a linha de cuidado de HAS/DM. Isso aponta a

necessidade de novas investigações para a construção de respostas mais eficientes para aprimoramento do programa.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n 1.604, de 18 de outubro de 2023. Institui a Política Nacional de Atenção Especializada em Saúde (PNAES), no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília: MS, 2023.
2. Tesser CD, Neto PP. Atenção especializada ambulatorial no Sistema Único de Saúde: para superar um vazio. *Ciênc. Saúde Colet.* 2017; 22(3):941-51.
3. Minas Gerais. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Deliberação CIB-SUS/MG n° 3.066 de 04 de dezembro de 2019. Aprova a regulamentação dos CEAE, seus processos de supervisão e avaliação e metodologia de financiamento. Belo Horizonte: SES/MG, 2019.
4. Minas Gerais. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Deliberação CIB-SUS/MG n° 3.666, de 09 de dezembro de 2021. Aprova a alteração do Anexo Único da Deliberação CIB-SUS/MG n° 3.066, de 04 de dezembro de 2019, que aprova a regulamentação dos CEAE, seus processos de supervisão e avaliação e metodologia de financiamento. Belo Horizonte: SES/MG, 2021.
5. Minas Gerais. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Deliberação CIB-SUS/MG n° 3.840, de 14 de junho de 2022. Aprova a alteração do Anexo Único da Deliberação CIB-SUS/MG n° 3.066, de 04 de dezembro de 2019, que aprova a regulamentação dos CEAE, seus processos de supervisão e avaliação e metodologia de financiamento. Belo Horizonte: SES/MG, 2022.
6. Minas Gerais. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Coordenação de Atenção Especializada Ambulatorial. Nota Técnica n° 3/SES/SUBPAS-SRAS-DAE-CAEA/2021. Belo Horizonte: SES/MG, 2021.
7. Camargos APT, et al. A gestão estadual da atenção ambulatorial especializada para além dos números. *In: Franco, AAAM, et al. Escritas e vivências nos Centros Estaduais de Atenção Especializada de Minas Gerais.* Belo Horizonte: Editora ESP-MG. 2023.
8. Minas Gerais. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Deliberação CIB-SUS/MG n° 4.132, de 15 de março de 2023. Aprova a alteração do Anexo Único da Deliberação CIB-SUS/MG n° 3.066, de 04 de dezembro de 2019, que aprova a regulamentação dos Centros Estaduais de Atenção Especializada, seus processos de supervisão e avaliação e metodologia de financiamento. Belo Horizonte: SES/MG, 2023.
9. Lima SML, et al. Caracterização gerencial dos hospitais filantrópicos no Brasil. *Cad. Saúde Pública.* 2004; 20(5):1249-61.
10. Almeida PF, et al. Redes regionalizadas e garantia de atenção especializada em saúde: a experiência do Ceará, Brasil. *Ciênc. Saúde Colet.* 2019; 24(12):4527-40.
11. Almeida PF, Silva KS, Bousquat A. Atenção Especializada e transporte sanitário na perspectiva de integração às Redes de Atenção à Saúde. *Ciênc. Saúde Colet.* 2022; 27(10):4025-38.
12. Minas Gerais. Secretaria de Estado de Saúde. Nota Orientativa Complementar à Linha Guia com base em revisão de Nota Técnica para organização da rede de atenção à saúde, com foco na APS e AAE. Saúde da pessoa com Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial Sistêmica. Belo Horizonte: SES/MG, 2023.
13. Seldenreich R, et al. Perfil de governança colaborativa na atenção ambulatorial especializada: uma experiência em duas regiões de saúde. *Saúde Redes.* 2020; 6(2):165-81.

14. Fernandes LCL, Machado RZ, Anschau GO. Gerência de serviços de saúde: competências desenvolvidas e dificuldades encontradas na atenção básica. *Ciênc. Saúde Colet.* 2009; 14(Supl.1):1541-52.
15. Henrique F, Artmann E, Lima JC. Análise do perfil de gestores de Unidades Básicas de Saúde de Criciúma. *Saúde debate.* 2019; 43(n.especial6):36-47.
16. Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein (SBIBAE). Nota Técnica para organização da rede de atenção à saúde com foco na Atenção Primária à Saúde e na Atenção Ambulatorial Especializada - Saúde da Mulher na Gestaçã, Parto e Puerpério. São Paulo: SBIBAE: MS, 2019.
17. Brasil. Ministério da Saúde. Caderno HumanizaSUS: Humanização do Parto e do Nascimento. Volume 4. Brasília: MS, 2014.
18. Araújo LM, et al. Pessoas com deficiências e tipos de barreiras de acessibilidade aos serviços de saúde - revisão integrativa. *Rev Fund Care Online.* 2018; 10(2):549-57.
19. Carvalho MEL, et al. A acessibilidade nos serviços de saúde sob a perspectiva da pessoa com deficiência, Recife – PE. *REAS.* 2020; 12(1):1-9.
20. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 793, de 24 de abril de 2012. Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília: MS, 2012.
21. Brasil. Presidência da República. Decreto nº 11.793, de 23 de novembro de 2023. Institui o Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência - Novo Viver sem Limite. Brasília, 2023.
22. Oliveira RAD, et al. Barreiras de acesso aos serviços em cinco Regiões de Saúde do Brasil: percepção de gestores e profissionais do Sistema Único de Saúde. *Cad Saúde Pública.* 2019; 35(11):1-13.
23. Gircys JEC, et al. Educação Permanente na atenção secundária: uma estratégia para elaboração de protocolo de atendimento à urgência. *Res. Soc. Dev.* 2022; 11(1):1-11.
24. Levi ML, et al. Médicos e terceirização: percepções de trabalhadores e gestores sobre transformações recentes no mercado de trabalho. *Trab. Educ. Saúde.* 2022; 20:1-18.
25. Oliveira MTB, et al. Uso de tecnologias digitais na educação permanente em saúde dos profissionais do SUS: revisão integrativa. *Rev. Humanid. Inov.* 2023; 10(1):356-69.
26. Wheberth APVB, Farah BF. Educação permanente em saúde para médicos da Estratégia Saúde da Família: percepções e necessidades. *Rev. bras. educ. méd.* 2023; 47(4):1-7.
27. Marques FRDM, et al. Apoio matricial na atenção especializada respaldado no modelo de atenção às condições crônicas: pesquisa avaliativa. *Rev Gaúcha Enferm.* 2023; 44:1-16.
28. Silva MA, Sanine PR. Interoperabilidade entre os Sistemas de Informação em Saúde brasileiros: uma revisão integrativa. *Rev. saúde pública Mato Grosso Sul.* 2020; 3(2):17-29.
29. Freire M, Meirelles RF, Cunha FJAP. Convergências de Padrões de Interoperabilidade para o Fluxo de Informações entre as Redes de Atenção à Saúde no Portal do DATASUS. *Ponto de Acesso.* 2019; 13(1):87-101.
30. Coelho Neto GC. Integração entre Sistemas de Informação em Saúde: o caso do E-SUS Atenção Básica. Dissertação (Mestrado em Ciências) - Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo. São Paulo, 2019.
31. Silva RCF, et al. A governança e o planejamento na perspectiva regional de saúde. *Physis.* 2020; 30(3):1-22.
32. Nicolato FV, Couto AM, Castro EAB. Capacidade de autocuidado de idosos atendidos pela consulta de enfermagem na atenção secundária à saúde. *Rev. enferm. Cent.-Oeste Min.* 2016; 6(2):2199-211.

“É só tudo isso”: Os sentidos atribuídos ao sofrimento por profissionais e usuários na Estratégia Saúde da Família

“It’s just all that”: The meanings attributed to suffering by professionals and users in the Family Health Strategy

“Es solo todo eso”: Los sentidos atribuidos al sufrimiento por profesionales y usuarios en la Estrategia de Salud de la Familia

Gabriela dos Santos Melo Bomfim

Daniela Cristina Belchior Mota

RESUMO

Dentre as diversas disputas de perspectivas no âmbito do Sistema Único de Saúde, encontra-se o cuidado às demandas de saúde mental e o que se entende por elas. O objetivo deste estudo foi investigar os pontos de vista sobre o sofrimento através da narrativa de usuários e profissionais, buscando compreender como o sentido atribuído ao sofrimento psicossocial dos sujeitos impacta o cuidado em saúde na Estratégia Saúde da Família (ESF). Realizou-se uma pesquisa avaliativa participativa a partir da inserção da pesquisadora principal no campo de estudo, viabilizada pela experiência de estágio na Atenção Básica no município do Rio de Janeiro. Com base em uma abordagem qualitativa crítica, a triangulação de dados partiu da observação participante; do diário de campo; e do livro-ata das reuniões, no qual eram registrados os matriciamentos e reuniões de equipe. Os resultados apontam angústias conhecidas nos serviços de saúde, que, no entanto, se encontram em um lugar social de deslegitimação por não corresponder a uma descrição nosológica pretensamente objetiva. A mediação pelo diagnóstico tornou-se capaz de conceder benefícios sociais e criar vínculos identificatórios. Questiona-se a construção de uma ordem social dependente do saber biomédico e a redução do cuidado à prescrição medicamentosa, em detrimento de tecnologias leves de cuidado que deveriam ser priorizadas na Atenção Básica. Conclui-se que o resgate da dimensão coletiva do sofrimento subverte o uso do sistema de saúde como instrumento para a manutenção de desigualdades, abandonando ações descontextualizadas para dar espaço ao sujeito integral, restituído do conhecimento sobre sua própria dor.

Palavras-chave: Saúde Mental, Atenção Básica, Saúde da Família

ABSTRACT

Among the various disputes of perspectives within the Brazilian Unified Health System (SUS), mental health care and the understanding of mental health demands stand out. This study aimed to investigate perspectives on suffering through the narratives of users and healthcare professionals, seeking to understand how the meanings attributed to subjects' psychosocial suffering impact healthcare practices within the Family Health Strategy (FHS). A participatory evaluative study was conducted based on the principal researcher's immersion in the field, made possible through an internship experience in Primary Health Care in Rio de

Janeiro city. Drawing on a critic qualitative approach, data triangulation was carried out through participant observation, field notes, and the minutes book of meetings, in which matrix support activities and team meetings were recorded. The findings reveal forms of distress commonly encountered in healthcare services that nevertheless remain socially delegitimized because they do not correspond to a supposedly objective nosological description. Diagnostic mediation became capable of granting social benefits and producing identificatory bonds. The study questions the construction of a social order dependent on biomedical knowledge and the reduction of care to medication prescription, to the detriment of relational and community-based care technologies that should be prioritized in Primary Health Care. It concludes that reclaiming the collective dimension of suffering subverts the use of the health system as an instrument for maintaining inequalities, replacing decontextualized practices with comprehensive, subject-centered care.

Keywords: Mental Health, Primary Health Care, Family Health

RESUMEN

Entre las diversas disputas de perspectivas en el ámbito del Sistema Único de Salud (SUS), destaca la atención a las demandas de salud mental y la comprensión de lo que estas representan. Este estudio investiga las concepciones sobre el sufrimiento psicosocial a partir de las narrativas de usuarios y profesionales, buscando comprender cómo los significados atribuidos a dicho sufrimiento impactan la atención en salud en la Estrategia de Salud de la Familia (ESF). Se desarrolló una investigación evaluativa participativa mediante la inserción de la investigadora principal en el campo de estudio, favorecida por su experiencia en prácticas de Atención Primaria de Salud en el municipio de Río de Janeiro. Desde un enfoque cualitativo crítico, la triangulación de datos se realizó a partir de la observación participante, el diario de campo y el libro de actas de reuniones, donde se registraban actividades de apoyo matricial y encuentros de equipo. Los resultados evidencian formas de angustia conocidas en los servicios de salud que, sin embargo, permanecen socialmente deslegitimadas por no corresponder a una descripción nosológica supuestamente objetiva. La mediación diagnóstica pasó a otorgar beneficios sociales y a producir vínculos identificatorios. Se cuestiona la construcción de un orden social dependiente del saber biomédico y la reducción del cuidado a la prescripción medicamentosa, en detrimento de tecnologías relacionales y comunitarias de cuidado que deberían priorizarse en la Atención Primaria. Se concluye que recuperar la dimensión colectiva del sufrimiento subvierte el uso del sistema de salud como instrumento de mantenimiento de desigualdades y favorece una atención integral centrada en el sujeto.

Palabras-clave: Salud Mental, Atención Primaria de Salud, Salud de la Familia

1 INTRODUÇÃO: UM NOVO LUGAR SOCIAL?

Em "*Saúde mental e Atenção Psicossocial*", Amarante¹ traça um breve histórico do paradigma biomédico e seus efeitos sobre a assistência. O autor traz a marca da esperança de um novo lugar social para a saúde mental, em um período de profundas mudança na atenção psicossocial. Há algo inegavelmente novo na concepção de saúde e sofrimento, mas também há atualizações de lógicas antigas. Ao longo da obra, destaca-se que a repetição e a

burocratização seriam capazes de transformar o inovador projeto do Sistema Único de Saúde (SUS) em um reprodutor da concepção biomédica de saúde e doença.

Diariamente, recolhemos nos serviços de atenção psicossocial e, particularmente, na Estratégia Saúde da Família (ESF), as consequências do endurecimento das lógicas de cuidado: a sobrecarga dos profissionais, as consultas resumidas à dispensação de receita, a ambulatorização do cuidado e a diminuição da carga horária de profissionais das Equipes Multiprofissionais (eMulti), que atuam de forma complementar e integrada às demais equipes da Atenção Básica (AB), para dividir o trabalho em ambulatórios. A luta antimanicomial, cuja mais recente vitória inclui a determinação de que todos os Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico no Brasil devem ser fechados², coexiste com a ascensão de grupos religiosos no setor da saúde, defendendo a expansão das comunidades terapêuticas³ a despeito das diversas denúncias de violações de direitos humanos. Portanto, ao mesmo tempo que se fecham instituições manicomiais, são financiadas entidades fundamentadas no modelo asilar.

O campo da atenção psicossocial e da saúde mental está longe de apresentar uma visão homogênea, sendo marcado por disputas de perspectivas de saúde, inclusive, sobre o que é o próprio sofrimento. Afinal, estamos falando de doenças, transtornos mentais ou sofrimento psíquico? Ou ainda, haveria uma nova nomenclatura para aquilo que é alvo das intervenções biomédicas desde o surgimento dos hospitais tal qual conhecemos?

No âmbito do SUS, os profissionais da ESF são responsáveis pelo cuidado com o paciente, independentemente de possuírem formação voltada para a saúde mental, de modo a garantir a integralidade da assistência conforme os princípios da Atenção Básica⁴. Entretanto, a atuação em campo revela um descompasso entre as diretrizes das políticas de saúde e o cuidado.

Há elementos comuns no que se entende por sofrimento e na forma como este é compreendido, legitimado e vivido pelos diferentes sujeitos que compõem a cena da saúde. Tendo em vista as disputas de perspectivas sobre as demandas de saúde mental no âmbito da ESF e suas repercussões no cuidado ofertado pelos profissionais de saúde, faz-se necessário compreender o que se entende por sofrimento e quais intervenções são vistas como pertinentes. O objetivo deste estudo foi analisar as diferentes perspectivas sobre o sofrimento, por meio da narrativa de usuários e profissionais, buscando compreender de que maneira o sentido atribuído ao sofrimento dos sujeitos impacta o cuidado em saúde, em especial, na ESF. A análise detalhada de casos atendidos nos serviços revelou histórias que se inter cruzam na dimensão de um sofrimento ético-político⁵, que ultrapassa as descrições nosológicas ao mesmo tempo que é profundamente atravessado pela questão diagnóstica.

2 MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa avaliativa participativa, a partir da inserção da pesquisadora principal no campo de estudo, viabilizada pela experiência de estágio na equipe multiprofissional de uma Clínica da Família, unidade básica de saúde composta por equipes de Saúde da Família (eSF), no município do Rio de Janeiro. O estágio teve início em março de 2023 e foi finalizado em dezembro do mesmo ano. Majoritariamente, as atividades realizadas se deram juntamente à psicóloga da eMulti e preceptora de estágio. Entretanto, foi possível acompanhar outras categorias profissionais em diversas atividades, adquirindo, eventualmente, familiaridade com o território, as dinâmicas de trabalho e os próprios usuários do serviço.

Dentre as atribuições da eMulti, constavam interconsultas com profissionais das eSF, consultas individuais, matriciamentos, reuniões de equipe, reuniões gerais, articulações intersetoriais e entre serviços, visitas domiciliares, grupos realizados dentro e fora do espaço da instituição, eventos acadêmicos no campo da saúde, reuniões referentes à área programática, Programa Saúde na Escola (PSE), dentre outras atividades internas e externas. Antes conhecida como Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), a eMulti pressupõe uma ampliação da estratégia, principalmente das categorias médicas que podem compor a equipe multiprofissional, ainda que permaneçam as atribuições, como atuação corresponsável pela população e pelo território, em articulação com a rede de atenção⁶. A eMulti da referida Clínica da Família era composta por profissionais das seguintes categorias: psicologia, nutrição, assistência social, educação física, fisioterapia, pediatria e enfermagem obstétrica.

O território coberto pela Clínica da Família abrange diferentes níveis socioeconômicos. As eSF, compostas por médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde, se dividem entre territórios mais vulneráveis, em comunidades com operações policiais e presença de atores do tráfico; e territórios com população que detém maior poder aquisitivo, cujos sujeitos acessam mais os serviços e se mostram mais demandantes do apoio dos profissionais. Em diferentes reuniões presenciadas durante o estágio e registradas no diário de campo, a vulnerabilidade das populações surgia enquanto pauta, sob diferentes perspectivas. O cenário do território coberto incluía serviços não diretamente relacionados à instituição, mas cuja atuação permitia pensar possibilidades para a

população adscrita, como vilas olímpicas e organizações não-governamentais, que ofertavam atividades gratuitas ou de baixo custo.

As complexas dinâmicas dos dispositivos de saúde e os efeitos da questão diagnóstica serão explorados através de relatos de atendimentos e experiências presenciadas durante o estágio. A triangulação de dados (Flick, 2013)⁷ incluiu a observação participante; a construção de um diário de campo, produzido de agosto a dezembro de 2023; e o livro-ata das reuniões da eMulti, no qual eram registrados os matriciamentos e reuniões de equipe.

A observação participante foi fundamental para a construção dos dados, permitindo simultaneamente conhecer e participar dos fluxos e dinâmicas que ocorriam no cotidiano do serviço de saúde. A conjugação da participação do pesquisador, ação dos sujeitos observados e situação contextual, tríade da observação participante⁸, possibilitou a reflexão crítica do papel do profissional de saúde no próprio exercício de suas funções. O diário de campo foi recurso importante para registrar questionamentos relativos à experiência de estágio e, sobretudo, casos atendidos em interconsultas e consultas individuais. Por fim, o livro-ata trazia registros das reuniões da eMulti, incluindo matriciamentos e reuniões de equipe, possibilitando também acessar a visão institucional e dos profissionais que compõem o corpo técnico da Clínica da Família, representando suas normas e lógicas de funcionamento. A partir dos dados obtidos, foi construído um recorte de compreensões sobre o sofrimento psicossocial, entendido de maneira geral como a principal atribuição da eMulti, principalmente sob o signo de demandas de saúde mental.

Deste modo, pretende-se a integração de diferentes pontos de vista acerca do sofrimento ético-político, investigando seu lugar social, isto é, de que forma é percebido, vivenciado e manejado por diferentes atores sociais - usuários, profissionais de saúde de diferentes formações e com formação e atuação voltados especificamente para a saúde mental. Como resultado do estudo, o conteúdo acumulado foi analisado e agrupado em 5 eixos temáticos: disputas de perspectivas em saúde; categorias psicopatológicas e diagnóstico; vulnerabilidade social; violência racial e saúde; e mal-estar de gênero e uso indiscriminado de benzodiazepínicos. A discussão acerca dos resultados encontrados em cada eixo temático é enriquecida a partir de recortes de atendimentos realizados pela autora.

No primeiro eixo, “disputas de perspectivas em saúde”, discute-se as nomenclaturas utilizadas na literatura para as demandas de saúde mental. No segundo eixo, "categorias psicopatológicas e diagnóstico", explora-se a ambivalência da relação com o diagnóstico, discutindo sua função de mediação das relações sociais. O terceiro eixo, "vulnerabilidade social", analisa a precariedade das condições de vida enquanto determinante social da saúde,

que impacta na forma como o sujeito se percebe em uma sociedade neoliberal. O quarto eixo, "violência racial e saúde", aponta as nuances entre o diagnóstico de psicopatologias e a dificuldade de separar o sintoma do contexto, sobretudo em sofrimentos oriundos da violência racial. Por fim, o quinto e último eixo, "mal-estar de gênero e o uso indiscriminado de benzodiazepínicos", debate a corporificação de sintomas da desigualdade de gênero e o uso de medicamentos como rota preferencial de tratamento na ESF.

Acerca dos casos elencados para ilustrar os eixos temáticos escolhidos, as informações dos usuários contidas na tabela abaixo foram obtidas a partir dos atendimentos e relatadas no diário de campo, preservando o sigilo e omitindo possíveis elementos identificatórios. Destaca-se que a autora principal esteve presente nos atendimentos e matriciamentos relativos aos oito casos abordados.

Tabela 1 - Relação de casos abordados nos eixos temáticos

Nome fictício	Queixa principal/motivo da consulta	Faz uso de medicação psicotrópica?	Possui diagnóstico realizado por profissional de saúde?
Lara	Aumento dos sintomas de ansiedade	Sim	Sim
Sílvia	Hipótese diagnóstica de esquizofrenia	Sim	Não
Maitê	Desmaios e ataques de pânico	Sim	Sim
Moacir	Comportamento delirante	Sim	Sim
Valter	Autocuidado em saúde mental	Não	Não
Ingrid	Violência sexual e aborto	Não	Não
Daniel	Crises de ansiedade	Sim	Sim
Tábata	Fibromialgia e sintomas depressivos	Sim	Não

Fonte: elaboração própria.

A análise preliminar dos dados revela uma quantidade expressiva de queixas relacionadas a sintomas de ansiedade e depressão, bem como de uso de medicação psicotrópica correspondente, prescrita ou não. Como analisaremos adiante, ambos os dados apresentam compatibilidade com a literatura disponível, que aponta a prevalência de queixas relacionadas aos chamados Transtornos Mentais Comuns (TMC) e um uso, frequentemente

indiscriminado, de benzodiazepínicos na Atenção Básica, como estratégia privilegiada para lidar com o sofrimento psicossocial.

3 DISPUTAS DE PERSPECTIVAS EM SAÚDE

São muitas as nomenclaturas para as demandas de saúde mental, que por sua vez dizem respeito a diferentes formas de entender e compreender o próprio conceito de saúde. A reprovada noção de doença mental, remetente a uma transposição das noções biomédicas de saúde e doença para o campo da saúde mental, deu lugar a outras terminologias. De acordo com Amarante¹, novas definições como transtorno mental, desordem mental ou ainda portadores de transtorno mental foram adotadas momentaneamente, entretanto, o campo da saúde mental e atenção psicossocial assumiu majoritariamente o uso da expressão “sujeitos em sofrimento psíquico”, pretendendo resgatar a experiência vivida do sofrer.

Apesar da ideia de sofrimento psíquico enfatizar uma experiência que pode ser mais ou menos duradoura, cabe questionar a referência ao psiquismo, como um sofrimento relativo ao sujeito. Alguns atendimentos na rotina de uma unidade básica de saúde permitem lançar uma nova luz sobre essa questão, demonstrando que há algo da ordem social que atravessa grande parte das experiências de sofrimento trazidas pelos usuários. Perrusi⁹ indica mudanças no perfil psicopatológico de clientes e usuários de assistência psicoterápica e psiquiátrica, analisando novas configurações do sofrimento psíquico na contemporaneidade e sua relação com o uso extensivo de psicofármacos.

A hipótese do autor é de que o sofrimento psíquico atualmente foi subsumido à dor, tornando-se universal e adquirindo tanta importância quanto a própria dor somática. À medida que o sofrimento se torna equivalente a uma dor psíquica, sendo reduzido à esta, em uma sociedade marcada pela busca pelo prazer e bem-estar, torna-se possível eliminá-la através do uso de medicamentos. Assim, a generalização do sofrimento psíquico significa que sua presença está em todas as situações e espaços sociais, mas principalmente naqueles relacionados à vulnerabilidade social, apesar da desconsideração de sua sociogênese⁹.

Nesta linha, Cardoso e Campos¹⁰ voltam-se para a formação como um processo de sensibilização para o papel da violência estrutural na produção e agravamento do sofrimento. Traz-se a ideia de um sofrimento social, que envolveria a vivência corporificada da dor e das formas de sofrer nas relações sociais, os modelos culturais e morais que condicionam os sofrimentos dos sujeitos e os discursos que classificam e legitimam as experiências de sofrimento. Aqui, observa-se a introdução da valoração como um elemento essencial na

análise do sofrimento, que deixa de apontar suas origens patogênicas em uma estrutura psíquica própria do indivíduo e passa a indicar uma estrutura responsável pela experiência de angústia e pela forma como o sujeito a entende.

Analogamente, para Kleinman¹¹, o sofrimento inclui o nível individual, mas simultaneamente o transcende enquanto uma representação cultural, experiência transpessoal e personificação de memória coletiva, isto é, o sofrimento é eminentemente social. A exemplo das vítimas de desastres, o autor denuncia um processo biomédico de redução do sofrimento e dor das vítimas a sintomas e queixas de demandantes, em um processo de apropriação que silencia as vozes afetadas e nega suas possibilidades de agência. Esse processo de apropriação é particularmente importante para redefinir as necessidades dos afetados, ocultando demandas por direitos e melhorias da qualidade de vida¹¹.

Tendo isso em vista, passemos ao atendimento cujo relato motivou as principais reflexões no presente artigo. Em interconsulta com a psicóloga da eMulti e a médica da equipe de referência, conhecemos a história de Lara, uma mulher negra, mãe de dois filhos, que retornava com a piora dos seus sintomas de ansiedade. Ela atravessava dificuldades em casa devido ao abandono do marido, sendo preciso lidar com as mudanças de comportamento de um dos seus filhos, que passou a apresentar agressividade na escola e um afastamento em relação à mãe, que Lara atribuiu à proximidade que a criança tinha com o pai. Chorando em diversos momentos da consulta, Lara afirmou se sentir culpada pelo retorno de pensamentos suicidas, embora acreditasse se relacionar à sobrecarga do cuidado com as crianças, ao abandono sofrido e às dificuldades financeiras, que passaram a exigir mais da pequena rede de apoio que possuía. Ao fim de sua fala, marcada por um profundo sofrimento e sensação de desamparo, Lara respirou fundo e concluiu: "é só tudo isso".

A frase, que inadvertidamente buscava encerrar a explicação do aumento dos sintomas, foi marcante e instigante, suscitando diversos questionamentos. O que chama atenção no uso despercebido da expressão foi abrigar um elemento que estava presente em diversos atendimentos, ainda que não fosse assim explicitado: a ideia de que, por mais complexas, desafiadoras e duras fossem as situações enfrentadas pelos usuários, era difícil encontrar um motivo "bom o suficiente" para seu sofrimento, capaz de explicar os sintomas. O que há de comum entre tais vivências que torna tão difícil reconhecer na sua história a legitimidade da sua dor?

Não raro, os usuários relatavam suas histórias e afirmavam não compreender o porquê se sentirem daquela forma, localizando no profissional de saúde a fonte da resposta à angústia vivenciada. Não é sem razão que buscam tal amparo: a construção histórica da psiquiatria

como o saber absoluto sobre o sintoma do louco é explicitada na análise de Birman¹². Na qualidade de transtornos e disfunções, as perturbações são destituídas de seus aspectos temporais e históricos, tornando as queixas do doente apenas úteis para uma operação diagnóstica que defina o medicamento mais adequado para regular o indivíduo. Desconhecendo o que ocorre com ele mesmo, o enfermo torna-se um espectador desapropriado do saber sobre seu próprio sintoma, em um processo de desposseção do sujeito da sua subjetividade na experiência do adoecimento¹².

Entretanto, esta não é a única dificuldade enfrentada no cuidado em saúde mental, que acaba por gerar práticas profissionais distintas da prevenção e promoção da saúde preconizadas pela AB. As equipes de Saúde da Família apresentam dificuldades no cuidado em saúde mental, tanto no que diz respeito à compreensão da função do profissional de saúde na abordagem dessas demandas quanto à falta de preparo em si para o manejo dos casos. Essas dificuldades são atribuídas a diferentes fatores na bibliografia sobre o tema, embora existam poucas mudanças práticas em relação ao volume de produções que debatem os reflexos destes conflitos na assistência⁴.

Dentre as barreiras enfrentadas por profissionais de saúde para a promoção do cuidado integral em saúde mental estão a elevada demanda de atendimentos, desarticulação da rede, ausência de matriciamento, falta de apoio de gestores locais e formações tradicionais que não contemplam a complexidade observada nos serviços¹³. Soma-se a isso o subfinanciamento do SUS desde sua implementação, convertido recentemente em desfinanciamento através da alteração no repasse de recursos aos municípios, que se torna referente ao número de usuários cadastrados nas equipes, em detrimento do número de habitantes, e recompensa o desempenho das unidades.

As lacunas na formação para atuar com demandas de saúde mental também são compreendidas como fator determinante na sensação de impotência dos profissionais deste nível de atenção¹⁴. Nesse sentido, o cuidado em saúde mental demandaria competências que muitas vezes não constam no processo formativo, como recursos afetivos e posturas profissionais voltadas para a escuta.

Almeida *et al.*⁴ ressaltam o receio e insegurança dos profissionais ao lidar com casos de saúde mental devido à ausência de conhecimento técnico e de apropriação das ferramentas de cuidado, oriunda de déficits durante a graduação e dos treinamentos contínuos. Aponta-se também a dispersão e isolamento dos serviços, que prejudica a corresponsabilização do cuidado e a resolutividade da assistência. Quando há formação em saúde mental, habitualmente ocorre em contexto hospitalar ou ambulatorial, que não compreendem

especificidades do adoecimento psíquico na Atenção Básica¹⁵. Com isso, o contato se dá majoritariamente com usuários com transtornos mentais graves e em períodos de crise, gerando estigmatização do sofrimento e criando-se a noção de que os profissionais não estão aptos a lidar com tais questões.

No entanto, o cotidiano na ESF lida principalmente com demandas de pacientes dependentes de medicamentos ou hipersolicitantes por conta de transtornos mentais comuns ou queixas inespecíficas, que demandam acolhimento e consultas não agendadas constantemente¹⁵. Sendo assim, o profissional das eSF deve estar capacitado para o cuidado às demandas de saúde mental, que atravessam a todo momento os sujeitos assistidos pelos serviços.

Centrando a afetividade na análise psicossocial da exclusão, Sawaia⁵ nega a neutralidade das reflexões científicas sobre a desigualdade social. A afetividade, aqui descrita como um sofrimento, é qualificada como ético-política, incorporando as emoções e o sujeito nas análises das ciências humanas. O sofrimento seria a dor mediada pelas injustiças sociais, de estar submetido às múltiplas opressões que atravessam os sujeitos, podendo não ser sentido como dor por todos. Para retratar a ideia de sofrimento ético-político, a autora retoma o "banzo", doença aparentemente sem causa que matava a população escravizada no Brasil, emblemática por indicar que o sofrimento pode gerar uma morte biológica. O banzo seria resultado da tristeza e do sentimento de solidão e exploração devido às ações legitimadas no período escravocrata. O sofrimento ético-político varia historicamente conforme a mediação presente no processo de exclusão social, podendo abranger diferentes categorias e opressões, como raça, gênero, idade, classe, dentre outros, que muitas vezes também se inter cruzam.

O sofrimento ético-político retrata, portanto, a dor que surge do tratamento subalternizado sofrido pelo sujeito marginalizado, em uma vivência da negação imposta socialmente às possibilidades dos sujeitos se apropriarem de suas existências⁵. Não se trata de uma experiência unicamente individual ou social, mas sim do sofrimento do excluído em uma dimensão intersubjetiva, fundamentada na coesão social e na legitimidade social.

O relato de Lara transbordava sofrimento ético-político, pois sua fala revela uma angústia amplamente conhecida no cotidiano dos serviços de saúde, que, no entanto, se encontra em um lugar social de deslegitimação, que não considera sua validade por não se encaixar na nosologia psiquiátrica, notoriamente desimplicada das influências do contexto histórico, social, cultural e econômico dos sujeitos. Por estar ancorado em opressões raciais, de gênero e classe, atravessado pela vivência de exclusão e marginalidade em uma estrutura social desigual fundamentada na noção de que basta vontade para obtenção do sucesso a

despeito das dificuldades enfrentadas e da disparidade de recursos, é no diagnóstico de ansiedade que Lara poderia encontrar a legitimidade constantemente negada do seu sofrimento ético-político.

4 AS CATEGORIAS PSICOPATOLÓGICAS E O DIAGNÓSTICO

No cotidiano de serviços de saúde, há algo que salta aos olhos dos profissionais: o apego ao diagnóstico apresentado pelos usuários. O diagnóstico surgia muitas vezes tão rapidamente quanto o próprio nome do usuário, revelando seu aspecto introdutório, necessário para apresentação e constitutivo do sujeito. A importância atribuída ao transtorno, correspondente ao conjunto de sintomas identificados como a razão do sofrimento vivenciado, ocasionalmente ultrapassava até mesmo o próprio desejo de cura. Por que questionar e buscar outras possibilidades para além do transtorno, que nem por isso são menos dignas de provocar sofrimento, causa tamanho incômodo e reatividade?

Compreender o papel que o diagnóstico passou a exercer na vida dos sujeitos na contemporaneidade é uma tarefa complexa. Exige, sobretudo, um olhar para os contornos históricos de como o estigma do transtorno mental tornou-se uma via de mão dupla, capaz tanto de limitar possibilidades de existência quanto de oferecer uma explicação para o que se sente, indicando um caminho a ser percorrido em direção à “melhora”.

Historicamente, a loucura se infiltra no tecido social pela mediação do controle exercido por ciências como a medicina e a psicologia sobre os corpos desviantes. Rose¹⁶ destaca o papel da psicologia, que se constitui como ciência social através do seu potencial como ferramenta para governo dos corpos, ocupando-se da administração dos indivíduos e construindo normas e expectativas de normalidade. A ética do individualismo e as técnicas de regulamentação tiveram importante papel para que a psicologia pudesse operar a partir de julgamentos que buscavam uma objetividade, neutralidade e efetividade, visando a regulação da existência¹⁶. Essa tarefa de adequação às expectativas sociais de conduta atribuiu legitimidade aos saberes como a psicologia e a psiquiatria, ao passo que também delimitou um lugar específico para aqueles que em determinado momento desviaram da normalidade - sob tutela das ciências da saúde.

Dessa forma, o diagnóstico surge como barganha para concessão de direitos e benefícios sociais, como pudemos perceber no atendimento à Sílvia. A usuária, que há muito tempo sofria com a dificuldade de encontrar um trabalho, desejava o laudo de deficiência mental, para que pudesse concorrer às vagas destinadas às Pessoas Com Deficiência (PcD)

nas empresas. Durante a interconsulta com a médica da equipe de referência, destacou saber que não seria uma inserção fácil, mas a despeito das dificuldades e da possível discriminação que enfrentaria com um diagnóstico de esquizofrenia, seria uma das poucas possibilidades dentro daquilo que é socialmente reservado para pessoas em sofrimento intenso.

Nesse sentido, a análise de Caliman¹⁷ acerca dos biodiagnósticos reforça a relação entre a racionalidade médica ocidental e a obtenção de espaço em um contexto social excludente. Embora frequentemente se pense que o diagnóstico permite uma desresponsabilização dos sujeitos pelos atos cometidos, na realidade estaria em voga uma nova forma de responsabilidade exigida. Uma vez diagnosticado, parte do tratamento é aceitar a mudança de estilo de vida, em uma automodelagem de acordo com as descrições do transtorno e as exigências de tratamento. Os indivíduos frequentemente apresentarão sensação de alívio ao aderirem à narrativa ofertada pelo transtorno pois, do contrário, sem a justificativa biológica, seriam percebidos como culpados, incapazes ou até mesmo problemáticos. O cidadão diagnosticado deve assumir um trabalho contínuo de autoavaliação, uso de medicamentos e modelação da conduta e do estilo de vida, conforme exige o tratamento¹⁷. Assim, Sílvia poderia conquistar um emprego, ainda que sob o estigma do diagnóstico e a necessidade de constante comprovação de que está seguindo a conduta prescrita para o transtorno correspondente.

A força das categorias diagnósticas torna necessário um olhar mais atento para a classificação empreendida pela nosologia psiquiátrica. Segundo Horwitz¹⁸, o sistema de classificação utilizado pela psiquiatria dá grande destaque aos fatores genéticos e bioquímicos como causas primárias das patologias mentais que, por derivarem de desequilíbrios bioquímicos, poderiam ser tratadas com medicamentos correspondentes. Parte importante deste processo é a equivalência das patologias mentais às doenças físicas pois, assim, seus sintomas podem ser igualmente retirados do contexto social e individual para serem estudados e tratados. Isso porque, se compreendemos as categorias diagnósticas dos manuais como o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM) enquanto entidades naturais, que independem dos significados sociais que lhe são atribuídos, seu contexto pouco teria a acrescentar na análise médica.

Para além disso, Bezerra Júnior¹⁹ aponta que as categorias diagnósticas também são capazes de criar roteiros de identificação e designação das experiências de sofrimento, indicando a forma de responder a elas técnica e socialmente. Ou seja, juntamente à dimensão descritiva, sua força prescritiva atua sobre a forma que o sujeito pensa sobre si próprio, interpreta suas emoções e se relaciona com os outros. A rápida difusão de termos utilizados

pela psicologia e psiquiatria acompanhou o movimento da construção dos indivíduos como seres dotados de uma interioridade psíquica²⁰. A descrição pessoal passa a ser realizada em uma linguagem psicológica, com uso de termos como trauma, introversão, hiperfoco ou pensamentos intrusivos, em um movimento de individualização acompanhado da psicologização da vida coletiva¹⁶.

Os termos e traços patológicos passam a permear o imaginário social, construindo não apenas novas formas de falar sobre si, como também de entender a si mesmo e ao outro. Tal efeito performativo na questão diagnóstica seria inerente às práticas de nomeação, tendo sido intensificado pela ampla difusão dos diagnósticos psiquiátricos para o âmbito cultural e pelo acesso facilitado à informação técnica¹⁹. A ideia de performance é crucial para a obtenção do diagnóstico e para compreender seu aspecto coletivo. Caliman¹⁷ aborda o efeito socializante dos biodiagnósticos, pois indivíduos que outrora sofreram os impactos do estigma e da segregação agora podem se unir através de traços, sintomas e outras semelhanças referentes ao diagnóstico que compartilhem. As diferenças internas seriam eliminadas pela classificação psiquiátrica, passando a pertencer ao grupo com o qual dividem dificuldades e conquistas.

Os efeitos dessa forma de compreender o sofrimento e o diagnóstico são perceptíveis na postura profissional, que carece do acolhimento e de escuta qualificada, restringindo-se à assepsia da conduta. A história do usuário torna-se um detalhe diante do saber biomédico sobre o transtorno tido como fundamentalmente orgânico, ou até mesmo deve ser fonte de desconfiança, buscando encontrar a verdadeira causa de sua patologia ou aquilo que ele próprio desconheça sobre o que está sentindo. Resumidos a corpos biologicamente vulneráveis aos transtornos mentais, o diagnóstico surge como capaz de dar sentido ao sofrimento, fornecendo nome, motivo e tratamento para o mesmo. Embora a deslegitimação deste sofrimento seja parte de um contexto mais amplo de iniquidades sociais, os sujeitos agarram-se ao que se apresenta como a única saída, encontrando até mesmo um senso de comunidade e apoio entre pares também pertencentes às mesmas categorias diagnósticas. Constitui-se, assim, um lugar social de descrédito, mas também de mediação pelo diagnóstico, capaz não somente de conceder benefícios sociais e criar vínculos coletivos identificatórios, mas também atribuir legitimidade ao sofrimento ético-político, invisibilizado por seu próprio caráter social.

Adentremos, portanto, em mais algumas das formas pelas quais o sofrimento ético-político emergiu no cotidiano da clínica da família, com seus múltiplos atravessamentos que demonstram a complexidade do trabalho na ESF.

5 VULNERABILIDADE SOCIAL

De acordo com a Pesquisa Nacional de Saúde, em 2019, 64,7% dos indivíduos que buscaram algum serviço de Atenção Básica possuíam renda domiciliar per capita inferior a um salário mínimo²¹. Considerando o perfil dos usuários dos serviços de saúde, não raro o sofrimento relatado era atravessado pela precariedade de condições sociais. A vulnerabilidade era expressa não somente através da renda em si, mas também pela precariedade do trabalho, o qual não se pode deixar sob pena de perder o único sustento da família. A vulnerabilidade social está relacionada ao acesso aos meios de comunicação, à escolarização, aos recursos materiais e ao enfrentamento de barreiras sociais, entretanto é fundamental frisar seu caráter relacional, não sendo uma característica absoluta e intrínseca ao sujeito - a vulnerabilidade existe em relação à determinada situação em certo tempo e espaço²².

Em que pese o papel das condições materiais em si, isto é, dos próprios determinantes sociais da saúde, no sofrimento, há um aspecto particular que se revelou nos atendimentos, que dizia respeito ao lugar que o indivíduo passava a ocupar perante outros a partir do momento em que a vulnerabilidade se traduzia em uma fragilização da saúde mental. Isso foi visto de maneira clara no atendimento de Maitê, uma professora que vinha apresentando episódios de desmaios e ataques de pânico ao sair sozinha na rua, acreditando que algo ruim iria lhe acontecer. Durante a interconsulta, a médica da equipe destacou que, embora houvesse iniciado o tratamento medicamentoso, notou uma clara relação dos "apagões" com questões de saúde mental. Maitê relatou não conseguir sair de casa sozinha e que se sentia um fracasso por não ter conquistado o que esperava na sua faixa etária, necessitando de auxílio financeiro da família para complementar sua renda. As dificuldades financeiras e as condições precárias de trabalho, que envolvia o cuidado com crianças, a consumia, pois não suportava necessitar do emprego, que mal era capaz de cobrir suas despesas, ao mesmo tempo que a instituição não ofertava condições adequadas para as crianças. Entre frequentes acessos de choro, afirmou sentir-se um peso e que há anos não saía de casa para se divertir por não acreditar que tinha esse direito, ainda que adorasse dançar.

Na situação em que vivenciam espaços estigmatizadores e vulneráveis, os sujeitos se percebem diferentes em razão da situação de sofrimento que experenciam, assumindo determinadas posições de sujeitos vulneráveis aos olhos dos outros, que por sua vez os percebem como incapazes de exercerem seus papéis sociais, fazer escolhas e tomar decisões²³. Aqui, é fundamental retomar o papel dos ideais neoliberais de sucesso e fracasso e seus impactos na percepção de si e dos outros. Não atingir a independência financeira e estar em

condições precárias de trabalho torna-se responsabilidade exclusiva do sujeito, que por sua vez não teria dado o melhor de si, a despeito de quaisquer desigualdades de condições que inicialmente existissem. Maitê percebia-se como um fracasso, que sequer teria direito à diversão, ainda que cumprisse jornadas extenuantes em seu emprego. Isso porque, se o trabalho leva ao sucesso, então a falta deste deve ser atribuída unicamente ao esforço insuficiente em ir além de si²⁴.

Diante da impossibilidade de reverter a crescente precarização do trabalho ou da mudança de emprego, os profissionais da ESF muitas vezes recorrem ao encaminhamento como principal estratégia de cuidado. Seja para serviços da assistência social ou para a própria eMulti, contrariando a premissa de compartilhamento do cuidado e corresponsabilização, o encaminhamento habitualmente reforça a especialização do cuidado e apaga a função da Atenção Básica no âmbito da saúde mental e suas articulações com outras ações e políticas de saúde²³. Deste modo, a dispensação de medicação para os sintomas torna-se a rota privilegiada de atenção à saúde, em detrimento do acolhimento do sofrimento do sujeito e seu fortalecimento para reivindicação de melhores condições de vida e trabalho.

6 VIOLÊNCIA RACIAL E SAÚDE

Embora seja uma temática comumente negligenciada nos serviços de saúde, a questão racial é essencial para a construção e execução de políticas públicas em saúde. Há sempre a tentativa de atribuir o sofrimento racial a outros fatores, como disparidades econômicas ou percalços interpessoais, sem, no entanto, nomear situações de violência e discriminação racial pelo que de fato são. Contudo, não considerar a influência de fatores raciais na gênese e na experiência do sofrimento é negar a própria determinação social da saúde.

Em um dos matriciamentos realizados pela eMulti, foi abordado o caso de Moacir, um jovem negro que apresentava delírios caracterizados por uma violência extrema. Anteriormente um ator do tráfico, a construção delirante de Moacir trazia elementos desta vivência, fazendo emergir um debate sobre a presença ou não de realidade – e ainda, validade - em sua narrativa. Como abordado anteriormente, a tentativa de separar o sintoma do contexto social tem um papel importante na alienação do sujeito do seu próprio sofrimento, autorizando os processos de destituição de si na medida que enxerga o sujeito sob a perspectiva da doença e da disfunção.

Os delírios estão profundamente relacionados ao contexto e a vivência do sujeito, à medida que sua estrutura é pensada e produzida para se relacionar com o mundo, trazendo

elementos que se vinculam à interpretação do sujeito da realidade, aos elementos culturais, territoriais e afetivos. O delírio é um fenômeno estruturado, que possui uma função para o sujeito: sua construção permite localizar-se no mundo enquanto sujeito ativo, sendo necessário não se limitar à descrição de fenômenos psicopatológicos que estariam à parte do indivíduo, mas buscar abordar a verdade transmitida pelo sujeito do delírio²⁵. Buscar desfazer-se dos atravessamentos da violência e da pobreza nas construções que os sujeitos fazem na relação com o meio denota uma escuta profissional condicionada, também, pela violência, no apagamento da experiência singular. Mais do que tentar identificar e distinguir elementos reais e fantasiosos, contextualizar o sofrimento de Moacir no cenário de violentas operações policiais na comunidade em que residia e de genocídio da população negra possibilita resgatar a dimensão do sujeito onde anteriormente só se visualizava o delírio.

O caráter desumanizante da racionalidade médica e do racismo é mascarado sob a pretensa objetividade do encontro entre um profissional de saúde e um usuário. A rapidez da rotina de trabalho, combinada à noção convencional de que se tratam corpos e órgãos dificulta o olhar atento a processos que podem ser vistos como intrínsecos ao indivíduo que busca o serviço, quando na realidade estão ancorados em um sofrimento racial. O não reconhecimento do racismo nas condições de saúde é exemplificado no paralelo empreendido na obra de Fanon²⁶, acerca do aparecimento de varizes em um trabalhador cuja jornada dura dez horas em pé. Se afirmarmos que as varizes surgem pela fragilidade da parede venosa e que o trabalho é uma mera condição favorecedora, a responsabilidade do empregador é ínfima. De maneira semelhante, podemos pensar que a análise que não considera o papel do racismo na produção e manutenção de adoecimentos, retira a responsabilidade pelo seu estado de saúde da estrutura e a direciona ao campo individual.

Nesta linha, atendemos algumas vezes Valter, em interconsultas, consultas individuais e em demanda espontânea, isto é, sem agendamento prévio. Tratava-se de um homem negro, de postura extremamente enrijecida, cujo relato da própria história se deu inicialmente de forma mecânica, almejando a maior objetividade possível, semelhante a um relatório técnico. Olhando fixamente para frente, sem alteração na postura, narrou ter buscado a Clínica da Família por ter sido internado com uma condição renal aguda que exigiu cirurgia, tendo sido alertado pelo médico do hospital de que precisava se cuidar. Referiu-se a todo momento à necessidade de retomar o controle de sua situação e arcar com sua responsabilidade consigo e com sua família, ao mesmo tempo que podíamos identificar pequenos pontos de ruptura por ter voltado o olhar, de alguma forma, para o cuidado de si. Era preciso estar bem para que pudesse seguir provendo para sua filha e para a ex-mulher, com quem, segundo o próprio,

teria um dever a cumprir. Em determinado momento, interrompe bruscamente seu relato e irrompe em choro.

Campos²⁷ discorre sobre a distância que homens adultos mantêm de práticas de prevenção e cuidado da saúde devido a construções sociais sobre masculinidade, tornando-os mais vulneráveis às questões de saúde. A associação da fragilidade e do cuidado ao feminino, bem como da invulnerabilidade e superioridade da força física aos homens leva a maior resistência dos homens de buscar serviços de saúde, especialmente de Atenção Básica. Quando adentram o sistema, habitualmente o fazem por serviços de média a alta complexidade, com maior gravidade, tal como a cirurgia de emergência que iniciou o processo de autocuidado de Valter.

Para além de fatores de gênero, em comparação aos homens brancos, homens negros possuem piores condições de escolaridade, renda, trabalho, habitação, acesso a saneamento básico e bens de consumo, sendo a taxa de mortalidade de homens negros maiores, desde óbitos por transtornos mentais, doenças infecciosas e parasitárias, quanto por causas externas, como homicídio²⁸. De acordo com o autor, a suscetibilidade e vulnerabilidade social e programática da população negra permite que os agravos pelos quais são acometidos sejam entendidos como fatos políticos, permitindo uma visão crítica sobre desigualdades raciais e sua interface com a saúde.

8 MAL-ESTAR DE GÊNERO E O USO INDISCRIMINADO DE BENZODIAZEPÍNICOS

Aprofundando as relações entre interseccionalidade e saúde, é indispensável abordar a influência das questões de gênero no sofrimento dos usuários dos serviços, assim como sua relação com o uso de medicação psicotrópica como resposta privilegiada dos profissionais às suas demandas. Embora muito frequente nos relatos de mulheres, há também a necessidade de um olhar para as masculinidades, particularmente aquelas que destoam da masculinidade hegemônica socialmente imposta aos homens. Este era o caso de Daniel, usuário que, em um primeiro momento, fazia acompanhamento na clínica por ser soropositivo. Com queixas de ansiedade e uma alergia na pele correlata, conhecemos Daniel em uma consulta na qual esclareceu que, embora fosse homossexual, sua família não tinha conhecimento disso, tampouco que morava com seu namorado.

Daniel era comunicativo e não costumava apresentar dificuldade em falar sobre sua relação com o parceiro. Entretanto, foram necessários alguns encontros para que, enfim,

detalhasse a relação com a família e expressasse suas preocupações sobre sua sexualidade. Em determinada consulta, expôs o sentimento de obrigação em ser o “filho masculino”, pois seu irmão já era abertamente homossexual. Portanto, via-se na obrigação de assumir uma performance mais masculina e esconder sua sexualidade. Daniel reconhecia a influência de suas questões familiares no surgimento ou piora da alergia em sua pele, no entanto frequentemente afirmava acreditar que havia outros fatores clínicos envolvidos. Tendo em vista a problemática do diagnóstico, fica claro que por mais que haja o reconhecimento da influência de fatores sociais, emocionais e políticos na expressão do sofrimento, ainda há algo que falta para que tudo faça, de fato, sentido - um diagnóstico.

Porém, o caso que talvez tenha sido um dos atendimentos mais difíceis do ponto de vista de articulação intersetorial necessária e confronto com a falta de preparo profissional foi o de Ingrid, uma mulher negra que havia descoberto uma gestação indesejada, fruto de violência sexual. Após confrontar o namorado, Ingrid, que já era mãe, descobriu que este havia trocado seus anticoncepcionais durante semanas, ainda que ela houvesse deixado claro que não tinha o desejo de ter mais filhos. Durante a interconsulta com a enfermeira da eSF, ficou claro que Ingrid ainda não compreendia o que havia acontecido como uma violência sexual, embora exprimisse grande sofrimento e não saber como proceder diante da situação. Desejando realizar o abortamento, buscou a clínica, sem, no entanto, conseguir acesso ao procedimento de maneira legal. A profissional de enfermagem alegou que buscaria mais informações, mas que provavelmente não seria possível obter acesso ao procedimento, devido ao entendimento legal generalizado – e incorreto – de que o aborto legal só seria autorizado em caso de estupro no qual houvesse penetração forçada.

Houve a tentativa de articulação com outros profissionais da clínica e foi realizado contato com a maternidade da área programática, buscando saber sobre as possibilidades de realização do aborto legal. Para além da negativa, uma das preocupações que emergiu de profissionais na articulação com outros setores e serviços seria de que a usuária entrasse para a estatística de mortalidade materna. Mais do que as consequências físicas, psicológicas e sociais de uma gestação resultante de uma violência sexual, que por sua vez dificilmente seria legitimada como uma violência e, portanto, resguardado o direito da vítima de acesso ao aborto seguro e legal, a rigidez institucional reduziu o sofrimento de Ingrid ao número que poderia se tornar ao ser acometida por uma das mais graves consequências do aborto ilegal no Brasil. Foi ainda indicado, por uma das profissionais, que procurasse por inconsistências no relato de Ingrid, pois não seria possível ter certeza de que estaria dizendo a verdade.

Abordando como se constrói a verdade do estupro no acesso ao aborto legal, Diniz *et al.*²⁹ apontam que ocorre uma duplicidade de guardiões da lei penal e da imoralidade do aborto, levando os profissionais a assumirem práticas de inquérito das mulheres que acessam os serviços com esta demanda. Ainda que seja expressamente contrário à ética dos serviços de saúde assumir a função de determinar a veracidade do relato, uma vez que legalmente o testemunho da mulher é suficiente para o acesso ao aborto legal²⁹, essa prática segue sendo comum nas unidades. Cabe destacar que as mulheres mais vulneráveis à interrupção de uma gravidez de modo inseguro são negras, jovens, com filhos e de baixa renda³⁰, aumentando também a probabilidade de complicações do aborto.

O não entendimento de que a troca não consentida do anticoncepcional era uma violência, impedindo o uso do método contraceptivo de escolha, não apenas impediu o acesso ao direito, mas dificultou a oferta do acolhimento adequado ao sofrimento de uma gestação fruto de violência sexual. O profissional de saúde, ainda que não possua formação específica em saúde mental, deve estar capacitado para lidar com aquilo que o sujeito que busca o serviço traz, ofertando escuta qualificada e acolhimento, isto é, reconhecer a fala do outro como legítima e singular necessidade de saúde³¹.

A negação de direitos é uma das faces do racismo e de seu impacto nas iniquidades de saúde. Quando no campo dos direitos sexuais e reprodutivos, identifica-se o direcionamento da necropolítica aos corpos de mulheres negras, com histórico de violências e abusos sexuais e negação do direito à vida através da desassistência nos serviços de saúde³².

Diante de “só tudo isso”, um alívio: a promessa de que os psicofármacos apaguem a dor do sofrimento ético-político, tornando a prescrição da medicação a solução aos impasses na Atenção Básica, a despeito da redução das ferramentas de cuidado aos remédios. Tal resposta aos desafios enfrentados pelas eSF para o cuidado em saúde mental contrariam a proposta da criação do Programa de Saúde da Família para superação da tradição medicalizante³³. Como consequência, há um uso inadequado de benzodiazepínicos, particularmente na AB, onde é favorecido pela pouca apropriação do cuidado em saúde mental pelos profissionais, pela fragmentação do cuidado, pela sobrecarga com outras questões de saúde consideradas prioritárias, por dificuldades relativas aos recursos terapêuticos e pelo pouco investimento em formação específica¹⁴. Assim, contribui-se para o aumento do número de usuários que buscam o alívio de sintomas que poderiam ser cuidados com recursos terapêuticos alternativos, gerando uma imbricação entre medicação e sujeitos limitante das possibilidades de vida para além do remédio³⁴, bem como o apagamento das raízes sociais do sofrimento.

A prática profissional corroborou com os dados existentes na literatura: o uso abusivo de benzodiazepínicos, por períodos superiores ao curto prazo indicado na bula, era majoritariamente feminino. Em consonância, Simões-Barbosa e Dantas-Berger³⁵ sinalizam a dependência de psicofármacos como uma alternativa para sustentar uma situação social problemática, apagando as influências do gênero no sofrimento. A prevalência do uso de benzodiazepínicos entre mulheres demonstra a medicalização daquilo que as autoras denominam como um mal-estar de gênero, isto é, os sintomas oriundos de um sofrimento ancorado na desigualdade e na violência de gênero em uma estrutura patriarcal e machista. Os psicotrópicos cumpririam a função de uma mordalha química, atuando como calmantes que permitem o exercício das funções conforme silenciam os sintomas indesejados, classificados em transtornos como a ansiedade e a depressão.

Perrusi⁹ aponta que a hegemonia dos valores biomédicos no campo da saúde mental biologiza o processo saúde-doença. A captura do sofrimento pela biomedicina é mediada pelo uso de psicotrópicos como principal escolha de tratamento, cuja eficácia garantiria a legitimidade do processo de biologização do sofrimento. Com isso, opera-se a subsunção do sofrimento à dor, ou seja, este passa a ser compreendido apenas nos limites de suas manifestações sintomáticas, passíveis de serem solucionadas através da medicação.

Ainda que a psiquiatria tenha promovido a equiparação dos transtornos mentais às doenças físicas, o estigma acerca da doença mental permanece, privilegiando os adoecimentos com evidentes causas orgânicas. No atendimento individual de Tábata, foi possível observar a materialidade da dor física, como forma ainda mais incisiva de trazer legitimidade ao sofrimento experienciado. De início, foi constatado pela usuária que havia um diagnóstico de fibromialgia, notoriamente predominante em mulheres³⁶. A todo momento, Tábata enfatizava suas dores físicas, tão incapacitantes que pensava em renunciar ao cuidado com a filha para que ela morasse com o pai, priorizando seu bem-estar. Ao relatar suas dificuldades, sempre ressaltava estar fisicamente incapacitada, como modo de atribuir legitimidade ao sentimento de desânimo e isolamento social. Para além dos contornos de gênero, constata-se a fragmentação da saúde física, compreendida como uma entidade à parte e mais legítima, em concordância com as noções de separação de corpo e mente. Ao sujeito fragmentado, resta localizar no diagnóstico as origens físicas e mentais de um sofrimento, sobretudo, social.

9 CONSIDERAÇÕES FINAIS: REINTEGRANDO A SAÚDE

O percurso empreendido no presente trabalho desvelou uma grande separação dos sujeitos de seu próprio sofrimento, desdobrando-se em uma abordagem descontextualizada e desimplicada dos profissionais de saúde. Ao discorrer sobre o processo de expropriação da saúde e iatrogênese social, isto é, os efeitos da intervenção médica na ordem social, Illich³⁷ aponta a medicalização das categorias sociais como uma forma de controle social pelo diagnóstico. A iatrogênese, em suas diferentes formas e modalidades, compromete a autonomia dos indivíduos, destituindo-os de sua capacidade de entender e cuidar de sua própria saúde à medida que são submetidos aos cuidados médicos, sobretudo através de intervenções medicamentosas. O uso do diagnóstico como barganha para atribuir legitimidade ao sofrimento ético-político tem cumprido um papel importante na construção de uma ordem social dependente do saber biomédico, expropriando a saúde à medida que apaga os contornos históricos e sociais dos sintomas e destitui os sujeitos de suas possibilidades de articulação para luta por melhores condições de vida.

Ao final do percurso desta pesquisa avaliativa, foi iniciado um grupo na Clínica da Família em parceria com um Centro de Convivência. Inicialmente pensado para usuários de medicação psicotrópica, optou-se por uma abordagem diferenciada: o foco não poderia ser a doença ou a medicação, considerando a rigidez e o apego dos usuários ao uso de psicotrópicos. O objetivo do grupo era pensar possibilidades de vida para além da clínica e, assim, discutíamos temas como lazer, bem-estar, autocuidado e cultura, organizando passeios e estimulando a retomada de atividades que traziam prazer. O olhar para si e a formação de vínculos dentro do próprio grupo permitiam que os usuários, inclusive aqueles tidos como problemáticos e com vínculos frágeis com a instituição de saúde, se sentissem confortáveis para expressar suas angústias, como o fato de nunca terem ido ao cinema ou terem deixado de exercer atividades que anteriormente lhe faziam bem. O destaque para a produção de vida partiu da escolha metodológica de retirar o foco da doença, retomando o lugar do sujeito que sofre como centro do acolhimento e das intervenções. A multiplicidade de ferramentas de cuidado neste nível de atenção deve ser apropriada pelos profissionais de saúde, transformando a lógica de cuidado anteriormente resumida à prescrição, em detrimento das tecnologias leves.

O não reconhecimento do papel de fatores como a pobreza, a violência, as desigualdades e as iniquidades sociais no sofrimento ético-político dá continuidade ao processo apontado por Martín-Baró³⁸, de um fazer em Psicologia que mantém a dependência

dos povos ao localizar no indivíduo a fonte do sofrimento. Atribuir legitimidade ao sofrimento sem necessariamente vinculá-lo ao diagnóstico, validando-o enquanto fruto de uma complexa rede de opressões que podem se intercrucizar, possibilita superar a cumplicidade dos profissionais de saúde às injustiças sociais que afligem os sujeitos e coletividades. Ao não individualizar um sofrimento coletivo, subverte-se o uso do sistema de saúde como instrumento para a manutenção da ordem estabelecida, abandonando a proposta de ações descontextualizadas para dar espaço ao sujeito integral, restituído do saber sobre seu próprio sofrimento ético-político.

REFERÊNCIAS

1. Amarante P. *Saúde mental e atenção psicossocial*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2007. 120 p.
2. Conselho Nacional de Justiça (BR). Resolução nº 487, de 15 de fevereiro de 2023. Institui a Política Antimanicomial do Poder Judiciário e estabelece procedimentos e diretrizes para implementar a Convenção Internacional dos Direitos das Pessoas com Deficiência e a Lei n. 10.216/2001, no âmbito do processo penal e da execução das medidas de segurança. *Diário da Justiça Eletrônico/CNJ*. 2023 fev 27.
3. Altino L. Criticadas por psiquiatras e incentivadas por Bolsonaro, comunidades terapêuticas para dependentes químicos serão ampliadas pelo governo Lula. *O Globo* [Internet]. 2023 set 29 [cited 2024 Mar 16]. Available from: <https://oglobo.globo.com/brasil/noticia/2023/09/29/criticadas-por-psiquiatras-e-incentivadas-por-bolsonaro-comunidades-terapeuticas-para-dependentes-quimicos-continuam-no-atual-governo.ghtml>.
4. Almeida DR, Soares JNC, Dias MC, Rocha FC, Andrade Neto GR, Andrade DLB. O cuidado aos portadores de sofrimento mental na atenção primária: uma prática interdisciplinar e multiprofissional. *Rev Pesqui (Univ Fed Estado Rio J Online)* [Internet]. 2020 [cited 2024 Jun 22];12:454-9. Available from: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1053048>.
5. Sawaia B. Sofrimento ético-político como categoria de análise da dialética exclusão/inclusão. In: Sawaia B, organizadora. *As artimanhas da exclusão: análise psicossocial e ética da desigualdade social*. 2ª ed. Petrópolis: Vozes; 2001. p. 97-118.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 635, de 22 de maio de 2023. Institui, define e cria incentivo financeiro federal de implantação, custeio e desempenho para as modalidades de equipes Multiprofissionais na Atenção Primária à Saúde. *Diário Oficial da União*. 2023 maio 22.
7. Flick U. *Introdução à metodologia de pesquisa*. Porto Alegre: Penso; 2013. 256 p.
8. Fernandes FMB, Moreira MR. Considerações metodológicas sobre as possibilidades de aplicação da técnica da observação participante na Saúde Coletiva. *Physis (Rio J)* [Internet]. 2013 [cited 2024 Mar 16];23(2):511-29. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312013000200010>.
9. Perrusi A. Sofrimento psíquico, individualismo e uso de psicotrópicos: saúde mental e individualidade contemporânea. *Tempo Soc* [Internet]. 2015 [cited 2024 Mar 16];27(1):139-60. Available from: <https://doi.org/10.1590/0103-20702015017>.

10. Cardoso FM, Campos GWS. Aprendendo a clínica do sofrimento social: narrativas do internato na Atenção Primária à Saúde. *Cien Saude Colet* [Internet]. 2020 [cited 2024 Mar 16];25(4):1251-60. Available from: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020254.10852019>.
11. Kleinman A. Everything that really matters: social suffering, subjectivity, and the remaking of human experience in a disordering world. *Harv Theol Rev* [Internet]. 1997 [cited 2024 Mar 16];90(3):315-36. Available from: <https://doi.org/10.1017/S0017816000006374>.
12. Birman J. Despossessão, saber e loucura: sobre as relações entre psicanálise e psiquiatria hoje. In: Quinet A, organizador. *Psicanálise e psiquiatria*. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos; 2001. p. 21-9.
13. Carneiro MP, Veras LM, Fernandes CSGV, Vieira MCS, Rios GBM, Costa LB. Avaliação de uma capacitação de profissionais da atenção primária objetivando a redução de estigma aos transtornos mentais. *Rev Bras Med Fam Comunidade* [Internet]. 2022 [cited 2024 Mar 20];17(44):2766. Available from: [https://doi.org/10.5712/rbmfc17\(44\)2766](https://doi.org/10.5712/rbmfc17(44)2766).
14. Fegadolli C, Varela NMD, Carlini ELA. Uso e abuso de benzodiazepínicos na atenção primária à saúde: práticas profissionais no Brasil e em Cuba. *Cad Saude Publica* [Internet]. 2019 [cited 2020 Mar 20];35(6):e00097718. Available from: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00097718>.
15. Chiaverini DH. *Guia prático de matriciamento em saúde mental*. Brasília: Ministério da Saúde/Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva; 2011. 236 p.
16. Rose N. Psicologia como uma ciência social. *Psicol Soc* [Internet]. 2008 jun [cited 2024 Mar 22];20(2):155-64. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0102-71822008000200002>.
17. Caliman L. Os bio-diagnósticos na era das cidadanias biológicas. *Cad Subjetividade (PUCSP)* [Internet]. 2012 [cited 2024 Mar 22];1:112-9. Available from: <https://revistas.pucsp.br/index.php/cadernossubjetividade/article/view/38495/26164>.
18. Horwitz AV. A proliferação das patologias mentais. In: Horwitz AV. *Creating mental illness*. Chicago: University of Chicago Press; 2002. p. 1-315.
19. Bezerra Júnior B. A psiquiatria contemporânea e seus desafios. In: Zorzanelli R, Bezerra Júnior B, Costa JF, organizadores. *A criação de diagnósticos na psiquiatria contemporânea*. Rio de Janeiro: Garamond; 2015. p. 9-32.
20. Rose N. Como se deve fazer a história do eu? *Educ Real* [Internet]. 2001 jul [cited 2024 Mar 22];26(1):33-52. Available from: <https://repositorio.ufpe.br/handle/123456789/53991>.
21. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Pesquisa nacional de saúde: 2019: percepção do estado de saúde, estilos de vida, doenças crônicas e saúde bucal: Brasil e grandes regiões*. Rio de Janeiro: IBGE; 2020.
22. Gama CAP, Campos RTO, Ferrer AL. Saúde mental e vulnerabilidade social: a direção do tratamento. *Rev Latinoam Psicopatol Fundam* [Internet]. 2014 mar [cited 2024 maio 12];17(1):69-84. Available from: <https://doi.org/10.1590/S1415-47142014000100006>.
23. Tonin CF, Muniz Barbosa TA. A interface entre saúde mental e vulnerabilidade social. *Tempus Actas Saude Colet* [Internet]. 2018 [cited 2024 maio 12];11(3):50-68. Available from: <https://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/2281>.
24. Ehrenberg A. *The weariness of the self: diagnosing the history of depression in the contemporary age*. Quebec: McGill-Queen's University Press; 2010. 378 p.
25. Briggs R, Rinaldi D. O sujeito psicótico e a função do delírio. *Rev Latinoam Psicopatol Fundam* [Internet]. 2014 set [cited 2024 maio 12];17(3):416-30. Available from: <https://doi.org/10.1590/1415-4714.2014v17n3p416-3>.

26. Fanon F. *Pele negra, máscaras brancas*. Salvador: EDUFBA; 2008. 194 p.
27. Campos DS. Direitos sexuais e reprodutivos no campo das masculinidades: uma breve revisão. *Rev Praia Vermelha* [Internet]. 2019 [cited 2024 maio 27];29(1):255-76. Available from: <https://revistas.ufrj.br/index.php/praiavermelha/article/view/14943/14721>.
28. Batista LE. Masculinidade, raça/cor e saúde. *Cien Saude Colet* [Internet]. 2005 jan [cited 2024 maio 27];10(1):71-80. Available from: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232005000100013>.
29. Diniz D, Dias VC, Mastrella M, Madeiro AP. A verdade do estupro nos serviços de aborto legal no Brasil. *Rev Bioet* [Internet]. 2014 [cited 2024 maio 27];22(2):291-8. Available from: <https://doi.org/10.1590/1983-80422014222010>.
30. Goes EF, Menezes MS, Almeida MCC, Araújo TVB, Alves SV, Alves MTSSB, et al. Vulnerabilidade racial e barreiras individuais de mulheres em busca do primeiro atendimento pós-aborto. *Cad Saude Publica* [Internet]. 2020 [cited 2024 maio 27];36:e00189618. Available from: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00189618>.
31. Brasil. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Humanização*. Brasília: Ministério da Saúde; 2013. 16 p.
32. Saraiva VCS, Campos DS. A carne mais barata do mercado é a carne negra: notas sobre o racismo e a violência obstétrica contra mulheres negras. *Cien Saude Colet* [Internet]. 2023 [cited 2024 maio 27];28(9):2511-7. Available from: <https://doi.org/10.1590/1413-81232023289.05182023>.
33. Tesser CD, Poli Neto P, Campos GWS. Acolhimento e (des)medicalização social: um desafio para as equipes de saúde da família. *Cien Saude Colet* [Internet]. 2010 [cited 2024 maio 28];15:3615-24. Available from: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000900036>.
34. Pereira EL, Cortez LCA, Fontes FF, Silva MFS. Medicalização do viver entre usuárias de psicotrópicos na atenção básica. *Rev Polis Psique* [Internet]. 2021 [cited 2024 maio 28];11(2):51-71. Available from: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2238-152X2021000300004.
35. Simões-Barbosa RH, Dantas-Berger SM. Abuso de drogas e transtornos alimentares entre mulheres: sintomas de um mal-estar de gênero? *Cad Saude Publica* [Internet]. 2017 [cited 2024 jun 10];33(1):e00120816. Available from: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00120816>.
36. Souza JB, Perissinotti DMN. The prevalence of fibromyalgia in Brazil: a population-based study with secondary data of the study on chronic pain prevalence in Brazil. *BrJP* [Internet]. 2018 out-dez [cited 2024 jun 10];1(4):345-8. Available from: <https://doi.org/10.5935/2595-0118.20180065>.
37. Illich I. *A expropriação da saúde: nêmesis da medicina*. 3ª ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1975. 164 p.
38. Martín-Baró I. *Psicologia social para a América Latina: o resgate da psicologia da libertação*. 2ª ed. Campinas: Alínea; 2011. 320 p.

Análise da representação e de pautas da saúde bucal no Conselho Municipal de Saúde do Recife

Analysis of the representation and agendas of oral health in the Municipal Health Council of Recife

Análisis de la representación y agendas de la salud bucal en el Consejo Municipal de Salud de Recife

Gleudson Aguiar da Silva
Ivo Aurélio Lima Júnior
Márcia Maria Dantas Cabral de Melo

RESUMO

O objetivo deste estudo foi analisar, por meio das atas do Conselho Municipal de Saúde do Recife, aspectos referentes à representação e às pautas da saúde bucal no contexto de implementação da Política Nacional de Saúde Bucal. Realizou-se um estudo exploratório por meio de análise documental descritiva com abordagem quantitativa e uso de recurso qualitativo. Pretendeu-se analisar as atas de 2004 a 2022, sendo os dados coletados em 2023. Utilizou-se um formulário semiestruturado, cujos dados receberam tratamento quantitativo, e um roteiro para análise qualitativa. Um total de 162 atas do período de 2012 a 2022 puderam ser analisadas, pois apenas esse período estava disponibilizado no site do Conselho Municipal de Saúde do Recife para que os dados fossem coletados. O quantitativo de atas que abordavam a saúde bucal foi baixo (23,5%). Entre estas, houve 60,5% de deliberações e 63,2% registraram a presença do conselheiro de odontologia. Ressalta-se a ausência do segmento usuário nas discussões, o que fragiliza as construções coletivas sobre esta política. Emergiram das análises qualitativas duas categorias temáticas: ampliação de cobertura para garantia do acesso com equidade à saúde bucal e aspectos da organização da atenção à saúde bucal. Predominaram discussões sobre cobertura das equipes, regulação assistencial, gestão do trabalho, educação em saúde e integração ensino-serviço. Observou-se vocalização e deliberação sobre demandas do setor; porém, persistem lacunas na formulação e encaminhamentos das demandas apresentadas. Entretanto, as questões de saúde bucal têm sido discutidas à luz da Política Nacional de Saúde Bucal vigente.

Palavras-chave: Participação Social, Saúde Bucal, Política de Saúde, Controle Social Formal

ABSTRACT

The objective of this study was to analyze, through the minutes of the Recife Municipal Health Council, aspects related to the representation and agendas of oral health in the context of the implementation of the National Oral Health Policy. An exploratory study was conducted using descriptive documentary analysis with a quantitative approach and the use of qualitative resources. The intention was to analyze the minutes from 2004 to 2022, with data collected in 2023. A semi-structured form was used, with data treated

quantitatively, and a guide for qualitative analysis. A total of 162 minutes from the period 2012 to 2022 could be analyzed, as only this period was available on the Recife Municipal Health Council's website for data collection. The percentage of minutes that addressed oral health was low (23.5%). Among these, 60.5% contained deliberations, and 63.2% recorded the presence of the dentistry counselor. The absence of the user segment in the discussions was noted, which weakens collective constructions around this policy. Two thematic categories emerged from the qualitative analyses: expanding coverage to ensure equitable access to oral health and aspects of the organization of oral health care. Discussions predominantly focused on team coverage, care regulation, work management, health education, and the integration of teaching and service. There was vocalization and deliberation on sector demands; however, gaps remain in the formulation and follow-up of the presented demands. Nevertheless, oral health issues have been discussed in light of the current National Oral Health Policy.

Keywords: Social Participation, Oral Health, Health Policy, Social Control Formal

RESUMEN

El objetivo de este estudio fue analizar, a través de las actas del Consejo Municipal de Salud de Recife, aspectos relacionados con la representación y las agendas de la salud bucal en el contexto de la implementación de la Política Nacional de Salud Bucal. Se realizó un estudio exploratorio mediante análisis documental descriptivo con enfoque cuantitativo y uso de recurso cualitativo. Se pretendió analizar las actas de 2004 a 2022, recogiéndose los datos en 2023. Se utilizó un formulario semiestructurado, cuyos datos recibieron tratamiento cuantitativo, y un guion para el análisis cualitativo. Se pudieron analizar un total de 162 actas del período 2012 a 2022, ya que solo ese período estaba disponible en el sitio web del Consejo Municipal de Salud de Recife para la recopilación de datos. El porcentaje de actas que abordaban la salud bucal fue bajo (23,5%). Entre estas, el 60,5% contenían deliberaciones y el 63,2% registraron la presencia del consejero de odontología. Se destaca la ausencia del segmento usuario en las discusiones, lo que debilita las construcciones colectivas sobre esta política. Surgieron de los análisis cualitativos dos categorías temáticas: ampliación de la cobertura para garantizar el acceso equitativo a la salud bucal y aspectos de la organización de la atención de salud bucal. Predominaron discusiones sobre la cobertura de los equipos, la regulación asistencial, la gestión del trabajo, la educación en salud y la integración enseñanza-servicio. Se observó la vocalización y deliberación sobre demandas del sector; sin embargo, persisten lagunas en la formulación y el seguimiento de las demandas presentadas. No obstante, los temas de salud bucal se han discutido a la luz de la Política Nacional de Salud Bucal vigente.

Palabras clave: Participación Social, Salud bucal, Política de Salud, Control Social Formal

1 INTRODUÇÃO

No Brasil, advindo o processo de redemocratização, a institucionalização do controle social no SUS constituiu-se em como peça chave na luta por melhores condições de saúde¹. Isso inaugurou uma prática participativa e democrática, por meio da criação dos fóruns formais de participação da sociedade civil organizada, com o objetivo de interferir na gestão pública do setor, seja orientando os gastos e investimentos, seja contribuindo para o desenvolvimento das ações de saúde de forma a garantir o atendimento dos interesses coletivos^{2,3,4}.

A partir desse momento, configurou-se um novo padrão de representatividade na construção, operação e gestão das políticas de saúde. O controle social, materializado na prática por meio das Conferências e dos Conselhos municipais, estaduais e nacionais de saúde, tornou-se um espaço onde se articulam diferentes atores sociais capazes de orientar o processo de desenvolvimento do SUS, favorecendo o cumprimento de metas e o respeito à participação social democrática. Ele é definido como "o processo no qual a população participa, por meio de representantes, na definição, execução e acompanhamento das políticas públicas"^{5,6}.

Nesse contexto, e numa perspectiva histórica, o subsetor da saúde bucal realizou movimentos para que os problemas e necessidades de saúde bucal fossem incluídos nas discussões das Conferências e dos Conselhos de Saúde em todo o país. Ao mesmo tempo, nos espaços específicos das Conferências nacionais de saúde bucal (CNSB), foram sendo gestadas as propostas que influenciaram na formulação das políticas de saúde bucal, seguindo os princípios e diretrizes do SUS.

Sublinha-se que a importância das CNSB, além de histórica, representou uma forte base reivindicatória para políticas públicas de saúde bucal que se concretizariam anos mais tarde. Em 1986, ocorreu a 1ª CNSB, alinhada organicamente à 8ª CNS, quando foi afirmado que a saúde bucal é parte integrante e inseparável da saúde geral do indivíduo, e a saúde é um direito de todos e dever do Estado. Em 1993, na 2ª CNSB, cujo tema foi "A Saúde Bucal como direito de cidadania", foram aprovadas diretrizes políticas para o setor, abordando o financiamento e o controle social por meio dos Conselhos de Saúde. Em 2004, em um contexto político favorável às políticas sociais e de saúde com viés redistributivo, ocorreu a 3ª CNSB, com o tema "Acesso e qualidade, superando a exclusão social"^{7,8,9,10,11}.

Uma série de recomendações oriundas das CNSB foram incorporadas pela Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), implementada em 2004, que apresenta entre seus

princípios a gestão participativa, buscando fortalecer o controle social para ampliar o acesso, a partir dos serviços de Atenção Primária à Saúde (APS), e melhorar as condições de saúde bucal da população brasileira^{12,13}.

Dessa forma, discute-se a importância de ter conselheiros do setor da saúde bucal presentes nos Conselhos Municipais de Saúde (CMS), pois essa representação deve desempenhar uma função ativa no acompanhamento da PNSB^{14,15}. Segundo Alves-Souza e Saliba (2003)¹⁴, é necessário que a categoria odontológica adquira uma representatividade maior nos Conselhos de Saúde, a fim de exercer o papel de deliberar sobre a definição e o monitoramento das políticas de saúde bucal a serem implementadas na rede de atenção do SUS, além das intersetoriais.

Na perspectiva mencionada, analisar os documentos produzidos pelo controle social, especialmente nos Conselhos Municipais de Saúde (CMS), é relevante para compreender o potencial que os diversos atores do controle social têm para contribuir positivamente com a PNSB. Isso é especialmente crucial nos tempos atuais, em que a participação social na defesa das políticas públicas e do SUS se torna fundamental para conter o avanço das forças privatistas que disputam o financiamento do SUS¹⁶.

Portanto, é necessário que os avanços significativos alcançados pela PNSB a partir de 2004 sejam mantidos, como a ampliação do número de equipes de saúde bucal (eSB) na Estratégia em Saúde da Família (ESF) e na atenção secundária com a criação dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), entre outros, visando alcançar a universalidade do acesso. Nessa perspectiva, destaca-se que o futuro da saúde bucal no SUS dependerá da forma como a sociedade civil e os movimentos populares defenderão o direito constitucional à saúde^{13,17}.

Apesar de ser incipiente a produção de estudos nacionais sobre controle social e saúde bucal, a literatura existente apresenta fragilidades relacionadas à representação e à inserção de pautas de saúde bucal nas reuniões dos Conselhos de Saúde^{15,18}. Em Pernambuco, um estudo realizado em 2012¹⁹ para caracterizar o processo de trabalho das eSB em municípios desse estado constatou uma participação reduzida dessas equipes nas reuniões do Conselho de Saúde, sendo os municípios de médio porte os que apresentam uma frequência maior.

Diante disso, considera-se relevante a realização de estudos cujo interesse seja identificar a inclusão das pautas de saúde bucal nas reuniões dos Conselhos de Saúde, bem como verificar a participação dos atores representativos dessa área, caracterizando o nível dessa atuação na implementação das ações e políticas de saúde bucal e no controle social

para efetivação das recomendações da PNSB vigente. Dessa maneira, o objetivo deste estudo foi analisar, por meio das atas do Conselho Municipal de Saúde do Recife, aspectos referentes à representação e às pautas da saúde bucal no contexto de implementação da PNSB.

2 MATERIAIS E MÉTODOS

Este estudo é descrito como uma pesquisa exploratória que emprega análise documental descritiva, utilizando método de abordagem quantitativa e recursos quantitativos para explorar as questões do estudo¹⁸. O local da pesquisa foi o Conselho Municipal de Saúde do Recife (CMS-Recife), um órgão responsável pela fiscalização, proposição e deliberação das políticas públicas de saúde do município.

O CMS-Recife foi criado pela Lei Nº 15.773 de 18 de junho de 1993 e regulamentado em 2006 pela Lei Nº 17.280, que inclui as constituições dos Conselhos de Saúde distritais e de unidade^{20,21}. De caráter permanente e deliberativo, esse Conselho é composto por representantes dos usuários, trabalhadores, gestores e/ou prestadores de serviços de saúde do Recife, totalizando 48 conselheiros, sendo 24 titulares e 24 suplentes, com mandato de 2 anos²². Pretendeu-se analisar as atas das reuniões do CMS-Recife no período de 2004 a 2022, com foco na representação e pautas relacionadas à saúde bucal que estivessem disponibilizadas para consulta.

Os dados foram coletados a partir das atas das reuniões do Colegiado do CMS-Recife, as quais estavam disponíveis no site do referido CMS, durante o período de fevereiro a maio de 2023. Para esse propósito, foi desenvolvido um formulário semiestruturado, o qual recebeu tratamento quantitativo para os dados, bem como um roteiro que orientou a coleta de dados qualitativos, voltados para a identificação nos conteúdos das atas das pautas relacionadas à saúde bucal e suas discussões, assim como sobre a atuação da representatividade da saúde bucal.

O formulário foi composto por dados referentes aos biênios do Colegiado eleito, incluindo o número de atas produzidas durante o biênio, quantidade de reuniões ordinárias e extraordinárias, presença de conselheiros de saúde bucal por biênio, informações sobre a representação dos atores da saúde bucal por segmento (trabalhador, gestor/prestador, usuário) e entidade de representação, assim como sobre as pautas de saúde bucal discutidas

e incluídas nas atas, deliberações sobre o assunto e participação do conselheiro solicitando a palavra para tratar do tema. Para a elaboração do instrumento de coleta, foi realizada uma pesquisa bibliográfica em documentos técnicos do Ministério da Saúde, Secretaria de Saúde do Recife e do CMS-Recife, os quais estão disponíveis no Blog oficial do CMS do Recife²². Os procedimentos metodológicos para coleta de dados qualitativos nos documentos técnicos das atas, são direcionados à análise, avaliação e descrição de seus conteúdos. Bardin (1997)²³ salienta que tudo o que é dito ou escrito é passível de ser sujeito a uma análise de conteúdo, descrita por esse autor como “[...] um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores quantitativos ou não que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens”. Para garantir a qualidade dos dados, foi realizado um treinamento prévio do estudante-pesquisador responsável por conduzir a coleta de dados.

Na análise quantitativa dos dados, foram utilizados cálculos de estatística descritiva. A digitação dos dados e os cálculos estatísticos foram realizados em planilhas do programa Microsoft Excel, versão 2007. Na abordagem dos dados qualitativos, estes foram ordenados categoricamente para serem interpretados e analisados à luz do suporte teórico embasado nas diretrizes da PNSB⁵. As análises dos conteúdos das atas referentes às pautas de saúde bucal foram realizadas pela análise de conteúdo temática categorial. Todo o material coletado foi sistematizado e categorizado para ser submetido a essa análise. A técnica propõe três etapas: a pré-análise, a exploração do material e a interpretação.

O projeto de pesquisa foi desenvolvido com financiamento do programa PIBIC/UFPE/CNPq (EditalPROPESQI nº 02/2022) e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisas do Centro de Ciências da Saúde da UFPE, CAAE: 63772222.4.0000.5208. Número do Parecer: 5.708.814.

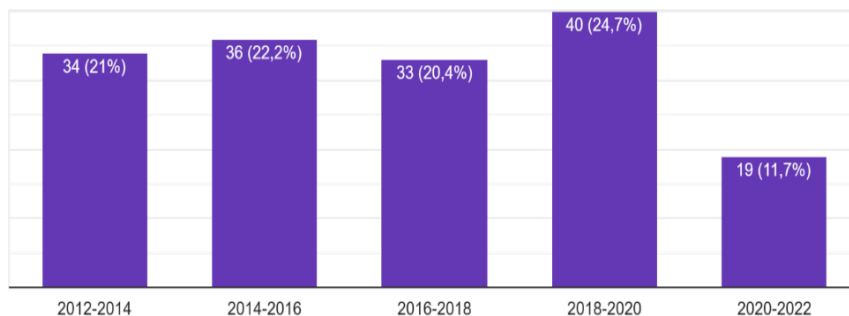
3 RESULTADOS

Um total de 162 atas do período de 2012 a 2022 puderam ser analisadas, pois apenas esse período estava disponibilizado no site do CMS-Recife para que os dados fossem coletados. Predominaram as atas referentes às reuniões ordinárias do Colegiado do CMS-Recife (64,2%).

Na Tabela 1, estão apresentados os biênios nos quais as atas foram identificadas

para serem analisadas (05). Pode-se verificar que o biênio 2018-2020 foi o que obteve o maior quantitativo de atas produzidas.

Tabela 1. Número de atas produzidas por biênio de mandato dos conselheiros*



Fonte: elaborado pelo autor (2023)

Nota: * O período de início e término de cada biênio corresponde a data da posse do conselheiro no mês de abril.

Quanto ao segmento de representação do conselheiro da saúde bucal nas reuniões do CMS do Recife, não foi observada a presença de conselheiros nos segmentos gestor e/ou prestador dos serviços, nem do usuário. A totalidade (100%) dessa representação situa-se no segmento trabalhador. Ademais, configurou-se como a única entidade de representação o Sindicato dos Odontologistas de Pernambuco.

Na Tabela 2, pode ser verificado que foi baixo (23,5%) o quantitativo de atas com pautas de saúde bucal. Em 60,5% dessas atas, foram identificadas deliberações sobre os assuntos de SB discutidos nas reuniões. A presença de conselheiro de SB foi identificada em 63,2%, e houve 33 intervenções desse ator nos debates, significando uma média de 1,4 intervenções. Os anos de 2012 e 2015 concentraram o maior número de registros das falas dos conselheiros que intervieram 17 e 10 vezes, respectivamente.

Tabela 2. Atas com pautas de saúde bucal (SB), deliberação do assunto, presença e atuação do conselheiro da área nas reuniões do colegiado do CMS-Recife.

Questões	n	%
Atas com pautas de SB no período de 2012-2022	38	23,45 ⁽¹⁾
Reuniões com deliberação da pauta de SB	23	60,5 ⁽²⁾
Presença do conselheiro de SB nas reuniões com pautas de SB	24	63,2 ⁽²⁾
n	média	
Intervenções dos conselheiros de SB nas reuniões	33(3)	1,4

Fonte: elaborado pelo autor (2023).

Nota: (1) Valores calculados com base no total de atas (162); (2) Valores calculados com base no total de atas compactadas de SB (38); Cálculo da média com base no total de reuniões com a presença do

conselheiro (24).

A identificação, nas atas, dos assuntos e conteúdos de saúde bucal discutidos nas reuniões de colegiado do CMS-Recife permitiu a sistematização dos resultados em categorias de acordo com as temáticas identificadas durante as fases de exploração, interpretação e aprofundamento analítico do material. Assim, emergiram duas categorias temáticas:

- I) Ampliação da cobertura para garantir o acesso equitativo à saúde bucal;
- II) Aspectos da organização da Atenção à Saúde Bucal.

4 DISCUSSÃO

O reflexo da PNSB nas ações municipais em saúde bucal, verificada nas discussões do CMS-Recife, foi o interesse deste estudo, por considerar a forte relação desse espaço de controle social e a implementação das políticas de saúde locais.

Ademais, as Diretrizes da PNSB implementada no país no início da segunda década doséculo XXI teve seu conteúdo amplamente discutido na 3ª CNSB²⁴ e na sequência foi aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS) e Conselho Nacional de Secretários Estaduais (CONASS) e Municipais de Saúde (CONASEMS) para serem incorporadas no Plano Nacional de Saúde de 2004¹⁷.

Devido a problemas de arquivamento das Atas do CMS-Recife, dados importantes referentes à atuação desse colegiado nos oito anos subsequentes à publicação da PNSB, em 2004, quando foram iniciados os movimentos institucionais para estruturação das ações de saúde bucal integradas às redes municipais e estaduais de atenção à saúde a partir da Atenção Básica, ficaram inacessíveis para análise^{5,25}.

Em relação à caracterização da representação da saúde bucal no CMS-Recife, os dados do período de 2012 a 2022 revelaram que os conselheiros pertenciam apenas ao segmento trabalhador. A ausência da representação dos usuários pode ser caracterizada como uma limitação importante no mecanismo de controle social das pautas de saúde bucal. Esse fato gera um empobrecimento nas discussões voltadas para construções coletivas de ações de implantação da saúde bucal.

Na Bahia, um estudo semelhante realizado em CMS encontrou representantes dentistas nos segmentos usuário e gestor, mas o que predominou foi o segmento trabalhador. Além disso, dos 81 municípios pesquisados, apenas em 16 deles existia alguma representatividade nos Conselhos de Saúde na área da saúde bucal¹⁵. Sobre essa questão, discute-se a importância de incentivar o aumento e a diversificação da representatividade dos atores da saúde bucal nos Conselhos de Saúde com o intuito de

direcionar os esforços para qualificar os debates, a fim de que estes reflitam as reais necessidades de saúde bucal da população.

Ao mesmo tempo, deve-se contribuir com a formação desses conselheiros para que possam atuar com competências participativas e comprometidas com a democratização das informações, visando ao aumento da cobertura e à qualificação das ações de saúde bucal. Dessa forma, possibilita-se aos usuários uma apropriação mais crítica das ações que estão sendo implementadas e das decisões que fomentam o acesso oportuno e ágil aos serviços^{14,15,18}.

Esse enfoque vem ao encontro do debate sobre a valorização da atuação engajada e ativa dos conselheiros de saúde²⁶, pois requer uma prática de controle social que garanta a formulação, controle e execução das políticas de saúde coerentes com as necessidades de saúde inscritas no perfil socio-sanitário da população e com o propósito de garantir o direito à saúde com equidade.

Segundo Ditterich, Ditterich, Baldani, (2015)¹⁸ o que caracterizaria as dimensões política e estratégica nos Conselhos de Saúde seria o exercício de mecanismos participativos e democráticos, nos quais o aparato envolvendo a troca de informação em saúde e a disputa por demandas fossem democratizados e as barreiras que entravam nesse processo fossem superadas. Esse fato aponta para a necessidade de um maior aprimoramento no controle social por parte da representação de saúde bucal nas reuniões do Conselho.

Na análise do número de atas com pautas de saúde bucal, verificou-se que a frequência de assuntos relacionados à saúde bucal foi baixa em relação ao total das atas estudadas. Percentuais ainda menores foram encontrados em outros dois estudos semelhantes^{14,18}.

Esses achados da presente pesquisa e dos dois últimos estudos^{14,18}, quando confrontados com a análise realizada por Soratto e Witt (2003)²⁷, revelam um cenário bem diferente em Conselhos nos quais gestores e comunidade se movimentam em torno de seus interesses. No entanto, os autores²⁷ também constataram a existência de dificuldades na manifestação dos trabalhadores da saúde bucal em espaços de controle social em suas respectivas áreas de atuação, o que se refletiu nos baixos percentuais de temas relacionados à saúde bucal encontrados nas atas das reuniões dos Conselhos de Saúde analisados.

De forma antagônica à baixa frequência de pautas de saúde bucal, o presente estudo

observou, por meio da análise das atas, que os conselheiros dessa área estavam presentes em grande parte das reuniões onde esses temas foram discutidos, realizando intervenções mais de uma vez por reunião. Em um estudo semelhante, foram identificados, em atas dos CMS de quatro municípios do Paraná, elogios às intervenções dos representantes da categoria odontológica em várias discussões sobre saúde bucal¹⁴. Na abordagem qualitativa deste estudo, emergiram duas categorias temáticas da análise dos conteúdos das atas, as quais serão discutidas a seguir:

4.1 Ampliação de cobertura para garantir o acesso com equidade à saúde bucal

O tema da ampliação das coberturas assistenciais foi a pauta de saúde bucal mais frequentemente encontrada nas atas de reuniões do CMS-Recife analisadas. Durante as reuniões, diferentes dimensões dessa temática foram abordadas pelos conselheiros. Entre elas, destacam-se as denúncias e reclamações acerca da ausência de profissionais e problemas estruturais que comprometiam o funcionamento dos serviços odontológicos de atenção básica e especializados.

[...] referente aos dados de 2012, Teresina 89%, João Pessoa 74% e Recife 28% de cobertura de Saúde Bucal, solicita resposta qual a cobertura hoje de Saúde Bucal, dos 35 (trinta e cinco) convocados dos Dentistas 40h do Concurso de 2012, [...] questiona[...] se não tomaram posse, solicita também a porcentagem de cobertura da Saúde Bucal hoje “2016”, [...] (Ata 200, 2016, p.9).

[...] Em seguida a conselheira [...] coloca a questão da Unidade do Rio da Prata não ter equipe de saúde bucal e as duas cadeiras odontológicas não chegaram, pois foram para o CEO – Centro de Especialidades Odontológicas, onde o Ministro da Saúde iriavisitar (Ata 168, 2012, p.6).

As atas analisadas também revelaram aspectos relativos à alta procura por cuidados odontológicos em um cenário de baixa cobertura populacional por eSB na cidade, sugerindo uma possível sobrecarga profissional. Em uma das reuniões, constatou-se a necessidade de contratação de cirurgiões-dentistas para atuarem nas unidades de saúde da família (USF) e suprirem a defasagem de equipes existentes. No entanto, houve divergências entre os conselheiros e representantes da Secretaria Municipal de Saúde sobre o quantitativo necessário.

[...] Reforça na proporção da Equipe Saúde da Família “Saúde Bucal”, fala da defasagem absurda de menos 115 (cento e quinze) equipes de Saúde Bucal, diz que essa perspectiva gerada pelo Secretário gerou sobrecarga nos Profissionais “Dentistas atuais”, gerando dificuldade acesso aos usuários,

prejudicando o atendimento a população, e pergunta como que a Gestão irá lidar com essa situação.[...] Finaliza, expressando a questão colocada [...], diz que a Gestão está estudando e analisando, hoje a cobertura da Odontologia ainda não é a forma que a Gestão deseja [...] (Ata 200, 2016, p.7).

A demora para a realização de agendamentos de consultas pelas equipes de saúde bucal (eSB) e as falhas nos serviços foram interpretadas pelos conselheiros do Colegiado como um efeito das dificuldades de acesso aos cuidados em saúde bucal e dos problemas estruturais existentes nas unidades básicas de saúde, conforme verificado na Ata 317 de 2018. Ressalte-se que já foi relatado anteriormente (Ata 168, 2012) a situação de uma unidade de saúde da família (USF) em que dois equipamentos odontológicos não foram entregues e foram realocados para o Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) de referência daquele território.

Entre 2001 e 2008, o Recife passou por um período de crescimento bastante acentuado na disponibilidade dos serviços básicos de saúde. Seguindo essa tendência, houve um aumento de 213 novas equipes de saúde da família e de 113 eSB. Fato semelhante ocorreu na esfera estadual com um aumento das eSB de 237 em 2002 para 721 eSB implantadas até 2005²⁸.

Nos planos municipais de saúde do Recife, analisados a partir de 2006, a temática sobre aumento de cobertura para garantia do acesso da população aos serviços de saúde bucal esteve sempre presente. Por meio deles, foi possível conhecer alguns dados de cobertura das eSB na rede básica de saúde do Recife, que passaram de um quantitativo de 87 eSB²⁹ para 144 em 2013³⁰ e 186 eSB em 2018³¹.

Atualmente, o Plano Municipal de Saúde de 2022 a 2025³² compromete-se a ampliar a cobertura de saúde bucal de 39% para 44%, assumindo como origem da proposta as deliberações da 15ª Conferência Municipal de Saúde. Entre os objetivos, destacam-se fortalecer o programa Brasil Sorridente garantindo a ampliação e o pleno funcionamento dos novos e existentes serviços de saúde bucal, realizar um estudo para viabilizar a implantação de Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) em todo o município e implementar Unidades Odontológicas Móveis. Essas unidades móveis visam ampliar os atendimentos odontológicos nas comunidades com áreas descobertas pela Saúde da Família, incluindo a população em situação de rua, ocupações e palafitas³².

Segundo dados disponíveis na plataforma e-Gestor da Atenção Básica do Ministério da Saúde, enquanto o quantitativo de equipes de saúde bucal a nível nacional

aumentou no período de 2011 a 2022, no Recife houve uma redução.

Nesse período, houve uma queda expressiva no número de eSB na rede básica do Recife, que passou de 211 eSB em 2011 para 191 em 2012, chegando ao seu menor patamar em 2013 com 127 eSB. Entre 2013 e 2022, houve uma tímida retomada de crescimento, que não conseguiu recuperar o quantitativo de equipes de 2011. Atualmente, existe uma defasagem de 44 equipes quando se compara com o período de crescimento interrompido de 2011.

Um estudo realizado em sites do Ministério da Saúde, entre 2015 e 2017, identificou um aumento de 5,8% no número de eSB e de 6,4% em Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) no país. No entanto, a cobertura de primeira consulta odontológica programática diminuiu de 14,6% em 2015 para 8,3% em 2017, coincidindo com uma redução do financiamento federal em comparação a 2016²⁵.

Semelhantemente, Lucena et al. (2020)³³ demonstraram que o número de eSB no Brasil aumentou entre 2017 e 2019, mas também houve um aumento no número de municípios que diminuíram a quantidade de eSB na Estratégia Saúde da Família (ESF), especialmente em localidades já desiguais e densamente povoadas do Nordeste e Sudeste. Além disso, no primeiro semestre de 2020, no contexto da pandemia de Covid-19, foi registrada uma queda no número de eSB da ESF nesses territórios do país.

Esse período deve ser analisado considerando o ambiente nacional de retirada de direitos sociais conquistados e projetos de contrarreforma do SUS. Em 2017, a portaria nº 2.436 do Ministério da Saúde, que reformulou a Política Nacional de Atenção Básica, permitiu a não obrigatoriedade da saúde bucal na ESF. Além disso, a Emenda Constitucional nº 95 limitou o teto de gastos em saúde e educação, resultando na redução dos investimentos menos prioritários nessas áreas³⁴. O reflexo desse quadro na Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) foi analisado por Chaves et al. (2017)²⁵, que verificaram, entre 2016 e 2017, um cenário político desfavorável à saúde bucal, com menor implantação de novos serviços e mudanças sucessivas na coordenação nacional da política.

A análise dos dados da plataforma e-Gestor, que se constata a redução das eSB no Recife, coincide com o aumento da presença de pautas nas atas das reuniões do CMS-Recife relacionadas à necessidade de ampliação dessas equipes, especialmente nos anos de 2012, 2016 e 2017.

Entretanto, muitas dessas pautas com características reivindicatórias e mantendo um certo grau participativo, apresentavam deficiência no caráter de assertividade uma vez que poucas deliberações resultavam em aumentos significativos na cobertura nos períodos subsequentes. Diferentemente, os achados do estudo realizado por Alves-Souza, Saliba, (2003)¹⁴, observaram que, em muitos dos temas de saúde bucal presentes nas pautas

das reuniões do Conselho de Saúde, não eram geradas discussões de relevância adquirindo apenas um caráter informativo.

As reuniões do CMS-Recife têm sido também espaços para escuta de demandas de grupos historicamente invisibilizados. A luta por garantia de acesso à atenção primária à saúde (APS) e serviços especializados foi pauta de algumas atas que procuraram tratar do acesso e da equidade em saúde bucal para esses grupos. Nas atas 289 e 311, produzidas nos anos de 2015 e 2017 foram tratados, respectivamente, temas sobre pessoas com deficiência física e demandas de grupos LGBTQIA+. É possível observar que esses grupos possuem representação no CMS-Recife.

O tema do acesso aos cuidados odontológicos para pessoas com deficiência física está presente em discussões sobre as barreiras de acesso existentes. Em uma das atas, foram problematizados os persistentes obstáculos enfrentados pelas Pessoas com Deficiência (PCD) para acessarem os cuidados odontológicos em serviços APS e hospitalares na cidade do Recife.

[...] Em relação ao transporte social existe um projeto PE-CONDUZ que são para pessoas com deficiência física e com dificuldade de mobilidade, esse projeto é do estado [...] o que estamos tentando viabilizar é a questão do projeto com a garantia da acessibilidade, [...] a pessoa portadora de deficiência tem uma dificuldade de alguém transportá-la para a unidade para realizar um atendimento de tratamento odontológico, o distrito pode viabilizar com o agendamento prévio programado pelo profissional e reserva um horário para que venha ser feito o número máximo de procedimento nesse paciente (Ata 289, 2015, p.8).

Já referente ao público LGBTQIA+, foram realizados eventos intersetoriais - ações de Promoção de Cidadania e Saúde do Centro Municipal de Referência em Cidadania LGBT do Recife nos Mutirões de Serviços para a População LGBT do Recife (Ata 311, 2017). Esses eventos incluíram ações de saúde bucal e contaram com o envolvimento de distritos sanitários e de diferentes atores sociais.

4.2 Aspectos da organização da Atenção à saúde bucal

Essa segunda categoria temática representa um conjunto de questões que foram temas das pautas de saúde bucal discutidas no Colegiado do CMS-Recife no período estudado. Aspectos relacionados à regulação assistencial, à gestão do trabalho e à educação em saúde foram os assuntos mais recorrentes nas pautas entre 2012 e 2020.

A problemática da regulação dos serviços de saúde bucal para facilitar o percurso dos usuários na rede de atenção municipal foi abordada em cinco atas, com prevalência das discussões sobre a organização dos encaminhamentos das USF para os serviços de

atenção secundária, buscando-se a resolutividade. Essas atas abordaram aspectos como:

[...] Dando continuidade a pauta, ...a Secretária-Executiva de Regulação em Saúde, para a apresentação do programa que tem como objetivo garantir o acesso dos/as usuários/as do SUS aos procedimentos necessários de forma integral, oportuna e resolutiva. [...] A conselheira [...] propôs que fosse feita uma capacitação com os dentistas por se tratar de uma área específica. Disse que a radiografia panorâmica está contenta, mas ressaltou que alguns procedimentos ainda não são regulados (Ata 188, 2015, p.2).

Nessa ata houve a seguinte deliberação:

[...] Composição de uma coordenação de prótese para regulação do serviço. [...] Na Unidade de Saúde da Família Mangueira I, e realizou um levantamento entre os usuários (as) e os trabalhadores da unidade, para saber as dificuldades da Regulação. Nesse sentido, diz que está faltando vagas para Radiografia Panorâmica e vagas para atendimento para Endodontia com canal (Ata 307, 2017, p. 9).

Sobre a gestão do trabalho, predominaram nas pautas questões referentes à integração ensino-serviço, educação permanente, formação dos trabalhadores e provimento de profissionais.

Em duas atas, foram discutidas questões referentes à integração ensino-serviço e à formação em saúde bucal coletiva. Em 2015, houve uma deliberação unânime sobre a adesão ao programa GraduaCEO na Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), considerado de importância estratégica para adequar o ensino odontológico às necessidades da população e do SUS, conforme requerido pelas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para as áreas da saúde³⁵. Esse programa também favorece a ampliação do acesso dos usuários aos serviços ofertados pelas clínicas-escolas³⁶

[...] Apresentação do GraduaCEO que é um programa instituído por uma portaria do Ministério, que tem como proposta formalizar as vagas que instituições de ensino possuem nas clínicas, a exemplo da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) com objetivo de desenvolver ações de promoção e prevenção na Atenção Básica, Atenção Secundária, reabilitação oral e de educação permanente (Ata 280, 2015, p.2).

Em 2018, houve a apresentação do Programa de Residência de Odontologia em Saúde Coletiva (PROSC), com informe sobre seus objetivos, financiamento e conteúdo programático. O programa visa formar cirurgiões-dentistas para desenvolverem competências profissionais em consonância com os princípios e diretrizes do SUS e da

Política de Saúde Bucal, atuando na gestão e realizando ações de gerenciamento, planejamento, monitoramento e avaliação em diferentes cenários de prática das redes de Atenção à Saúde. A Instituição Formadora é o Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira e Instituição Executora da Secretaria de Saúde do Recife (Ata 324, 2018).

Outra questão relevante registrada nas atas foi referente a Educação Permanente (EP) para os trabalhadores de saúde bucal. No documento das diretrizes da PNSB⁵, entre seus pressupostos para a reorganização do modelo de atenção em saúde bucal, está incluída a definição de política de EP para os trabalhadores em saúde bucal, como uma condição de induzir projetos de mudanças na formação profissional.

Nos Planos Municipais de Saúde do Recife analisados a partir de 2006 até 2022^{29,30, 31, 32}, o tema da EP teve relevância para a qualificação dos serviços de saúde, especialmente, com metas a serem cumpridas pelas equipes profissionais da APS. Um estudo realizado em 2014 registrou diferentes atividades de EP vivenciadas pelas eSB do Recife. Das 107 eSB envolvidas em atividades de EP, 87,5% tinham a participação de todos os seus integrantes, e 74,8% consideravam que as mesmas contemplavam as demandas e necessidades da equipe³⁷. Diferentemente dos achados de um estudo realizado no CMS de Nova Friburgo¹⁸, que encontrou em apenas uma ata do ano de 2007 a discussão sobre a oferta de curso de capacitação para cirurgiões-dentistas, neste estudo no CMS-Recife foi observado um quantitativo maior de atas com a pautas relativas à educação em saúde para as eSB.

Essa questão da EP esteve presente nas discussões do CMS-Recife, seja como reivindicação ou crítica ao planejamento de capacitações. Questões reivindicatórias relacionadas ao orçamento para atividades de EP, relato das dificuldades em conseguir agendar espaço para eventos e críticas sobre diferenças nos cursos ofertados por distritos, além desconhecimento sobre o contingente de dentistas capacitados pelo programa Sanar de enfrentamento de doenças transmissíveis e negligenciadas, foram os assuntos que emergiram das atas 251 e 252 de 2012, atas 188 e 280 de 2015 e ata 302 de 2016.

Entretanto, não foram observadas demandas de capacitação para os conselheiros de saúde. Um estudo apontou a necessidade de capacitar os conselheiros de saúde, com destaque para a EP em saúde. Isso porque foram identificadas limitações no efetivo exercício do papel de conselheiro, dificuldades de interlocução com as bases de representação e o não reconhecimento da participação social como diretriz do SUS por alguns conselheiros entrevistados³⁸.

O provimento de profissionais, com o propósito de cumprir as metas dos Planos de Saúde de ampliação de cobertura das eSB, esteve presente nas discussões do CMS-Recife em atas dos anos de 2012 a 2020, acompanhando o processo de indução e recuo da PNSB⁵ no que se refere ao aumento de cobertura dos serviços odontológicos^{25,28}.

Predominaram as pautas deliberativas sobre a ampliação e contratação de novas eSB e reivindicações para a absorção dos concursados do cadastro de reserva. Contudo registraram-se indefinições sobre os critérios para alocação das novas eSB:

[...] Questionamento sobre a desproporcionalidade das ações da saúde bucal em relação as ações da saúde da família que são menos da metade das realizadas por estas últimas. [...] Chamar profissionais do cadastro de reserva do concurso vigente, ampliação das equipes de Saúde Bucal, de 141 para 166 (Ata 306, 2017, p.3).

Em sua explicação, Arturo mostrou a estratégia de ampliação de Equipes de Saúde da Família (ESF) - cerca de 60 novas equipes -, Equipes Saúde Bucal (ESB) -cerca de 60 novas equipes -, e de Agentes Comunitários de Saúde (ACS), para a cobertura da Atenção Básica, (Ata 277, 2014, p.9).

[...] Na questão da estruturação, requer saber se há algum planejamento para a expansão das equipes, onde é sabido que a cobertura de Saúde da Família já é baixa, e de Saúde Bucal em relação a Saúde da Família menor ainda. Apesar de agora todos que estão sendo inaugurada são de igualdade 1 para 1, mas se há algum planejamento para esses 4 (quatro) anos de gestão, se tem algo preparado. [...] (Ata 302, 2016, p.6).

Em 2020, a discussão no Colegiado do CMS-Recife revelou que o cumprimento da meta de ampliação da “Atenção Básica, Estratégia Saúde da Família, Estratégia Saúde Bucal e Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF)” não ocorreu (Ata 215, 2020). Vale destacar que, a partir de 2016, no contexto de revisão da Política de Atenção Básica, a rede de atenção pública do SUS sofreu muitos constrangimentos relacionados a desidratação do financiamento e interferências privadas na gestão da APS³⁹.

A questão do provimento adequado de trabalhadores de saúde é uma agenda prioritária da política Brasil Sorridente⁴⁰. Compreende-se que a continuidade dos êxitos alcançados pela PNSB vai depender da capacidade do controle social do SUS em conduzir essa discussão com garantia dos direitos trabalhistas. Vale ressaltar as lutas reivindicatórias que estão sendo travadas nos diferentes espaços do controle social sobre o piso salarial e a carreira SUS.

5 CONCLUSÃO

A partir desta pesquisa, pode-se verificar que o CMS-Recife, apesar da baixa frequência com que as pautas de Saúde Bucal foram abordadas no período estudado, tem funcionado como um lugar de vocalização e deliberação sobre as demandas relacionadas a esse tema, sobretudo no que diz respeito às baixas coberturas por eSB e aspectos da organização da atenção, tais como a regulação assistencial, a gestão do trabalho, a educação em saúde e a integração entre ensino e serviço.

No entanto, a ausência da representação dos usuários pode ser compreendida como uma limitação para o enfrentamento das questões de acesso e cobertura assistencial. Além disso, essa ausência pode fragilizar as construções coletivas sobre esta política na cidade do Recife. Todavia, persistem entraves na dinâmica decisória que refletem as lacunas existentes para o reconhecimento destes Conselhos como espaços de discussão para formulação sobre políticas de saúde bucal. Apesar disso, verificou-se que as questões de Saúde Bucal têm sido discutidas à luz da política vigente.

REFERÊNCIAS

1. Pereira IP, Soares JF, Almeida RM. O Ministério Público e o controle social no Sistema Único de Saúde: uma revisão sistemática. *Ciênc Saúde Colet*. 2019; 24:1767-76.
2. Moreira MR, Escorel S. Conselhos Municipais de Saúde do Brasil: um debate sobre a democratização da política de saúde nos vinte anos do SUS. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2009;14 (3):795–806.
3. Rolim LB, Cruz RS, Sampaio KJA. Participação popular e o controle social como diretriz do SUS: uma revisão narrativa. *Saúde em Debate*. 2013;37(99):139–147.
4. Shimizu HE, Moura LM. As representações sociais do controle social em saúde: os avanços e entraves da participação social institucionalizada. *Saúde e Sociedade*. 2015;24(4):1180–1192.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes da política nacional de saúde bucal. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
6. Oliveira ML, Almeida ES. Controle social e gestão participativa em saúde pública em unidades de saúde do município de Campo Grande, MS, 1994-2002. *Saúde e Sociedade*. 2009;18(1):141–153.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Relatório Final da 1ª Conferência Nacional de Saúde Bucal. Brasília: Ministério da Saúde; 1986.
8. Conferência Nacional de Saúde, 8. Anais da 8. Conferência Nacional de Saúde Brasília. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde; 1987. p. 381-9.
9. Conselho Federal de Odontologia. II Conferência Nacional de Saúde Bucal: relatório final. Em: II Conferência Nacional de Saúde Bucal: relatório final. 1993. p. 23–23.

10. Fernandes GF. A 3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal e as políticas públicas de saúde [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública; 2011.
11. Narvai PC, Frazão P. O SUS e a política nacional em saúde bucal. In: Tratado de saúde coletiva em odontologia. Nova Odessa: Napoleão; 2009.
12. Silvestre JAC, de Araújo Dias MS, Teixeira EH. Concepções de promoção da saúde presentes nas conferências nacionais de saúde bucal. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*. 2012;25(3):305–310.
13. Narvai PC. Ocaso do ‘Brasil Sorridente’ e perspectivas da Política Nacional de Saúde Bucal em meados do século XXI. *Tempus - Actas de Saúde Coletiva*. 2020;14(1):175-187.
14. Alves-Souza RA, Saliba O. A saúde bucal em pauta: análise de registros dos Conselhos Municipais de Saúde de municípios pertencentes à 17ª Regional de Saúde do Estado do Paraná, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*. 2003; 19:1381–1388.
15. Monteiro LS. Atuação dos Conselhos municipais de saúde na política nacional de saúde bucal. Dissertação de mestrado. Salvador: Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública; 2016. 87 f.
16. Almeida AMF de L, Chaves SCL, Nunes LR, Araújo CO. Posicionamento das entidades odontológicas sobre a Política Nacional de Saúde Bucal, no período de 2015-2017. *Saúde em Debate*. 2018; 42:92–110.
17. Narvai PC. Avanços e desafios da Política Nacional de Saúde Bucal no Brasil. *Tempus – Actas de Saúde Coletiva*. 2011;5(3):21–34.
18. Ditterich RG, Ditterich ACR, Baldani MH. A política de saúde bucal em pauta no Conselho Municipal de Saúde no Município de Nova Friburgo-RJ. *Revista de Odontologia da UNESP*. 2015; 44:143–151.
19. Pimentel FC, Albuquerque PC de Martelli PJ de L, Souza WV de, Acioli RML. Caracterização do processo de trabalho das equipes de saúde bucal em municípios de Pernambuco, Brasil, segundo porte populacional: da articulação comunitária à organização do atendimento clínico. *Cadernos de Saúde Pública*. 2012; 28:146–157.
20. Lei Ordinária nº 15773 de 1993 de Recife, PE [Internet]. *Leis municipais.com.br*. [citado em 8/09/2023]. Disponível em: <https://leismunicipais.com.br/a1/pe/r/recife/leiordinaria/1993/1577/15773/lei-ordinaria-n-15773-1993-institui-o-conselho-municipal-de-saude-define-o-objetivo-da-conferencia-municipal-de-saude-e-da-outras-providencias>.
21. Lei Ordinária nº 17280 de 2006 de Recife, PE [Internet]. *Leis municipais.com.br*. [citado em 8/09/2023]. Disponível em: <https://leismunicipais.com.br/a/pe/r/recife/leiordinaria/2006/1728/17280/lei-ordinaria-n-17280-2006-altera-o-conselho-municipal-de-saude-e-cria-os-conselhos-distritais-e-de-unidades-e-revoga-as-leis-n-15773-de-18-de-junho-de-1993-e-16114-de-10-de-novembro-de-1995>.
22. Conselho Municipal de Saúde do Recife: Atas [Internet]. Conselho Municipal de Saúde do Recife. [citado em 8/09/2020]. Disponível em: <https://cmsaude-recife.blogspot.com/p/conferencia.html>.
23. Bardin L. *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70; 1977.
24. Brasil. Ministério da Saúde. Relatório Final da 3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
25. Chaves SCL, Almeida AMF de L, Rossi TRA, Santana SF de, Barros SG de, Santos CML. Política de Saúde Bucal no Brasil 2003-2014: cenário, propostas, ações e resultados. *Ciência & Saúde Coletiva*.

- 2017;22(6):1791–1803.
26. Souza TO, et al. Controle social: um desafio para o conselheiro de saúde. *Rev Bras Enferm.* 2012; 65:215-221.
 27. Soratto J, Witt RR. Participação e controle social: percepção dos trabalhadores da saúde da família. *Texto & Contexto Enferm.* 2013; 22:89–96.
 28. Silva SF da, Martelli PJ de L, Sá DA de, Cabral AP de, Pimentel FC, Monteiro I da S, et al. Análise do avanço das equipes de saúde bucal inseridas na Estratégia Saúde da Família em Pernambuco, região Nordeste, Brasil, 2002 a 2005. *Ciência & Saúde Coletiva.* 2011; 16:211–20.
 29. Recife. Governo Municipal, Secretaria de Saúde do Recife, Secretaria Executiva de Coordenação Geral. Plano Municipal de Saúde 2006-2009. 1ª ed. Recife: Secretaria de Saúde do Recife; 2005. 102 p.: il.
 30. Recife, Prefeitura do Recife, Secretaria de Saúde do Recife, Gerência Geral de Planejamento e Orçamento. Relatório anual de gestão – 2013, versão preliminar. Recife: Secretaria de Saúde do Recife; 2014. 178 p.: il.
 31. Recife. Governo Municipal, Secretaria de Saúde do Recife, Secretaria Executiva de Coordenação Geral. Plano Municipal de Saúde 2018-2021. 1ª ed. Recife: Secretaria de Saúde do Recife; 2018. 97 p.: il.
 32. Recife. Governo Municipal, Secretaria de Saúde do Recife, Secretaria Executiva de Planejamento, Monitoramento e Articulação Distrital. Plano Municipal de Saúde 2022-2025. 1ª ed. Recife: Secretaria de Saúde do Recife; 2022. 102. p.: il.
 33. Lucena EHG de, Lucena CDRX de, Alemán JADS, Pucca Júnior GA, Pereira AC, Cavalcanti YW. Monitoramento das equipes de saúde bucal após a Política Nacional de Atenção Básica 2017. *Revista de Saúde Pública.* 2020; 54:99.
 34. Rossi TRA, Lorena JE de, Chaves SCL, Martelli PJ de L. Crise econômica, austeridade e seus efeitos sobre o financiamento e acesso a serviços públicos e privados de saúde bucal. *Ciência & Saúde Coletiva.* 2019; 24:4427–36.
 35. Faé JM, Junior MFS, de Carvalho RB, Esposti CDD, dos Santos Pacheco KT. A integração ensino-serviço em Odontologia no Brasil. *Revista da ABENO.* 2016;16(3):7–18.
 36. Furtado KKFA, de Abreu Alves W, Costa LED, de Sousa RL, Rodrigues R de QF, Ribeiro RA, et al. Viabilidade de adesão do curso de Odontologia da UFCG ao GraduaCEO. *Revista da ABENO.* 2016;16(3):58–65.
 37. da Silva Monteiro I, da Silveira Moreira R, Feitosa Farias S. Atenção em Saúde Bucal do município de Recife: avaliação pós-adesão ao Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade de Atenção Básica. *Revista de Atenção Primária a Saúde.* 2020;23(1).
 38. Zambon VD, Ogata MN. Controle social do Sistema Único de Saúde: o que pensam os conselheiros municipais de saúde. *Revista brasileira de enfermagem.* 2013; 66:921-7.
 39. Massuda A. Mudanças no financiamento da Atenção Primária à Saúde no Sistema de Saúde Brasileiro: avanço ou retrocesso? *Ciência & Saúde Coletiva.* 2020; 25:1181–8.

40. Gabriel M, et al. Mecanismos de ingresso de dentistas no SUS: uma agenda prioritária para o fortalecimento do Brasil Sorridente. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2020; 25(3):859-868.