

TEMPUS

ACTAS DE SAÚDE COLETIVA

EDITORAS

LUANA DIAS DA COSTA

NATÁLIA FERNANDES DE ANDRADE

VOL 20

Nº 02



Foto: Radilson Carlos Gomes

EM DESTAQUE:

**DISTRIBUIÇÃO ESPACIAL
DA PERDA PRECOCE DO
PRIMEIRO MOLAR
PERMANENTE NA FAIXA
ETÁRIA DE 10 A 15 ANOS**

**TECNOLOGIAS DE
TELESSAÚDE INSERIDAS
NO TRABALHO DAS
EQUIPES DE SAÚDE
BUCAL**

**PERFIL CLÍNICO-
EPIDEMIOLÓGICO DOS
CASOS DE DENGUE EM
CINCO REGIÕES DE
MINEIROS, GO, BRASIL**



© 2026 Editora ECoS, vinculada ao Laboratório de Educação, Informação e Comunicação em Saúde (LabECoS), Grupo de Estudos e Pesquisas em Informação e Comunicação em Saúde Coletiva – CNPq Brasil (2009), Departamento de Saúde Coletiva (DSC) da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília (FS/UnB). 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
Maria Fátima de Sousa
José da Paz Oliveira Alvarenga

Coordenação Institucional

Laboratório de Educação, Informação e Comunicação em Saúde (LabECoS), Grupo de Estudos e Pesquisas em Informação e Comunicação em Saúde Coletiva – CNPq Brasil (2009), Departamento de Saúde Coletiva (DSC) da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília (FS/UnB)

Equipe Técnica de TI

João Paulo Fernandes

Revisão de Citações e Referências

Allani Sousa Reis
Suelane Silva Ramos

Diagramação e Publicação

Allani Sousa Reis
Elmira L. M. S. Simeão
Mônica Peres
Suelane Silva Ramos

Editoras Científicas

Luana Dias da Costa
Natalia Fernandes de Andrade

Pareceristas *ad hoc*

Julys Nathan Ferreira Soares
Jacqueline Andrea Pérez Valles

Revisão

Barbara Eduarda Mota de Oliveira
Allani Sousa Reis
Suelane Silva Ramos

Para mais informações sobre a Revista Tempus Actas em Saúde Coletiva:
<https://www.tempusactas.unb.br>.

Editora ECoS, vinculada ao Laboratório de Educação, Informação e Comunicação em Saúde (LabECoS), Grupo de Estudos e Pesquisas em Informação e Comunicação em Saúde Coletiva – CNPq Brasil (2009), Departamento de Saúde Coletiva (DSC) da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília (FS/UnB).
<https://ecos.unb.br/editora/>

Ficha Catalográfica - Mônica R. Peres - CBR 1339

Tempus. Actas de Saúde Coletiva / Coordenadores Ana Valéria M. Mendonça, Elmira L. M. S. Simeão, Maria Fátima de Sousa, José da Paz Oliveira Alvarenga. Editoras Científicas: Luana Dias da Costa, Natalia Fernandes de Andrade - v. 20, n. 2. - Brasília : Editora Ecos, 2026.

Trimestral
ISSN 1982-8829

1. Saúde bucal 2. Agentes Comunitários de Saúde. I. Brasil. Núcleo de Estudos em Saúde Pública
-

CDU 614(051)(817.4)



CONSELHO EDITORIAL

Coordenação Editorial

Ana Valéria Machado Mendonça, Editora Executiva - Universidade de Brasília, Brasil

Elmira Luzia Melo Soares Simeão - Universidade de Brasília, Brasil

Maria Fátima de Sousa - Universidade de Brasília, Brasil

Editores Científicos

Ana Valéria Machado Mendonça - Universidade de Brasília, Brasil

Cláudio Fortes Garcia Lorenzo - Universidade de Brasília, Brasil

Maria Fátima de Sousa - Universidade de Brasília, Brasil

Conselho Consultivo

Jarnilson Silva Paim, Instituto de Saúde Coletiva - Universidade Federal da Bahia (UFBA)

Magda Duarte dos Anjos Scherer - Universidade de Brasília (UnB)

Maria Cecília Minayo - Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro

Comissão Científica - Editores Associados

Andreia de Oliveira - Universidade de Brasília (UnB)

Aurora Cuevas Cerveró - Universidade Complutense de Madrid (UCM)

Carmen Fontes de Souza Teixeira - Instituto de Saúde Coletiva (UFBA)

Fernando Passos Cupertino de Barros - Universidade Federal de Goiás (UFG)

José da Paz Oliveira Alvarenga - Universidade Federal da Paraíba (UFPB)

Josivania Silva Farias - Universidade de Brasília (UnB)

Lise Renaud - *Faculté de Communication* - Université du Québec à Montréal (Canadá)

Luana Dias da Costa – Universidade de Brasília (Brasil)

Maria Célia Delduque - Fundação Oswaldo Cruz Brasília

Maria da Glória Lima - Universidade de Brasília (UnB)

Maria Isabel Loureiro - Escola Nacional de Saúde Pública - Lisboa/Portugal

Nathalia Fernandes – Universidade de Brasília (Brasil)

Rackynelly Alves Sarmento - Instituto Federal da Paraíba (IFPB)

Tiago Araújo Coelho de Souza - Universidade de Brasília (UnB)

Ximena Pamela Diaz Bermudez - Universidade de Brasília (UnB)

Sumário

A aplicação da noção de território no campo da Saúde Coletiva	6
Regionalização em Saúde e Educação Permanente: revisão da literatura	23
Resposta da Atenção Primária ao modelo de governança do Ministério da Saúde no enfrentamento à pandemia de COVID-19 no Brasil	37
Conformidade estratégica e cultura avaliativa: a PMAQuiagem como expressão da gestão local no PMAQ-AB	56
Estratégias de promoção da segurança do paciente na Atenção Primária à Saúde: revisão de escopo	69
Tecnologias de telessaúde inseridas no trabalho das equipes de saúde bucal	91
Práticas dos agentes de combate às endemias e dos agentes comunitários de saúde frente à pandemia de COVID-19 no Brasil	109
Da academia à gestão: revisão integrativa sobre as vivências práticas na formação do enfermeiro gestor	121
O impacto das notícias falsas na hesitação e recusa vacinal: revisão e prospecção sobre a desmistificação das notícias falsas	133
Estratégias para ampliar a adesão ao tratamento da asma: uma revisão da literatura	156
Perfil clínico-epidemiológico dos casos de dengue em cinco regiões de Mineiros, Goiás, Brasil	176
Prevalência de Trichomonas vaginalis em exames citopatológicos do colo uterino no município de Canoas, Rio Grande do Sul, entre 2022 e 2023	191
Distribuição espacial da perda precoce do primeiro molar permanente na faixa etária de 10 a 15 anos	203

A presente edição da *Tempus – Actas de Saúde Coletiva* reúne estudos que expressam a diversidade temática e metodológica da Saúde Coletiva. Os artigos abordam a organização do Sistema Único de Saúde (SUS), a Atenção Primária à Saúde (APS), a formação profissional, a avaliação de políticas e serviços, as tecnologias digitais, a comunicação e diferentes problemas de saúde pública.

As reflexões sobre território e regionalização destacam que a organização do cuidado ultrapassa delimitações geográficas e administrativas. Os territórios são espaços marcados por condições de vida, relações sociais, desigualdades e diferentes formas de acesso aos serviços. Nessa perspectiva, a regionalização e a Educação Permanente em Saúde apresentam-se como estratégias fundamentais para a integração das redes, a qualificação dos processos de trabalho e a promoção da equidade.

A governança e a avaliação em saúde também ocupam lugar relevante nesta edição. Os estudos sobre a resposta da APS durante a pandemia de COVID-19 e sobre as práticas desenvolvidas no contexto do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica evidenciam os desafios da implementação das políticas nos municípios. Seus resultados reforçam que normas, recursos financeiros e processos avaliativos precisam estar acompanhados de coordenação, articulação entre os níveis de gestão e incorporação da avaliação ao cotidiano dos serviços.

As práticas dos agentes comunitários de saúde e dos agentes de combate às endemias durante a pandemia demonstram a centralidade desses trabalhadores na preservação do vínculo entre os serviços e as comunidades. Mesmo diante de condições adversas, os agentes desenvolveram estratégias para assegurar a continuidade do cuidado. Esse debate articula-se às discussões sobre telessaúde, segurança do paciente e formação profissional, evidenciando a importância da infraestrutura, da educação permanente e de condições institucionais adequadas para a qualificação das práticas.

A comunicação em saúde ganha destaque na análise sobre notícias falsas, hesitação e recusa vacinal. A circulação de conteúdos enganosos e narrativas conspiratórias afeta a confiança da população e representa um desafio para as políticas de imunização. O enfrentamento da desinformação demanda estratégias permanentes, fundamentadas em evidências científicas, linguagem acessível, escuta qualificada e presença responsável nos ambientes digitais.

Completam a edição estudos sobre adesão ao tratamento da asma, perfil clínico-epidemiológico da dengue, prevalência de *Trichomonas vaginalis* e distribuição espacial da perda precoce do primeiro molar permanente. Essas investigações demonstram a importância das informações epidemiológicas e territoriais para a identificação de vulnerabilidades e para o planejamento de ações de prevenção, diagnóstico, tratamento e acompanhamento.

Ao reunir diferentes objetos e perspectivas, a *Tempus – Actas de Saúde Coletiva* reafirma seu compromisso com a divulgação de conhecimentos relevantes para o fortalecimento do SUS. Esperamos que os artigos desta edição estimulem reflexões, pesquisas e práticas comprometidas com a universalidade, a integralidade, a equidade, a participação social e o direito à saúde.

Boa leitura!

A aplicação da noção de território no campo da saúde coletiva

The notion of territory in collective health

La noción de territorio en el campo de la salud colectiva

Guilherme Augusto Souza Prado¹

Monalisa Pontes Xavier²

¹ Universidade Federal Fluminense (UFF) | guispra@gmail.com

² Universidade Federal do Piauí (UFPI) | monalisapx@yahoo.com.br

RESUMO

No presente artigo visamos apresentar diferentes caracterizações da noção de território em algumas de suas possíveis aplicações ao campo da Saúde Coletiva no âmbito da gestão, planejamento e atuação não só na organização dos serviços, mas como conceito essencial ao cuidado em saúde. Compreendido como administração das formas de organização do espaço, o território aparece como intervenção do Estado sobre a vida coletiva ao lado da Medicina Social, focando a paisagem e o ambiente como fator de predisposição etiológica de doenças. Nele, se desenrolam as condições sociais e econômicas de adoecimento e as providências de cunho médico-sociais. Progressivamente, os desenvolvimentos da Saúde Coletiva metabolizam a noção de território sob diversos aspectos. Partindo da determinação social da doença, processos socioambientais, de significação dos lugares, identificação socioterritorial, apropriação, reprodução biológica e social passam a ser integrados como fatores de cuidado e produção de saúde. Assim, a noção de território reconfigura as práticas em saúde em termos estratégicos de acesso, cooperação e construção coletiva, em um reordenamento das relações de poder que atrela a efetivação do direito à saúde à resolubilidade da assistência e à transformação da sociedade.

Palavras-chave: Território Sociocultural; Política de Saúde; Territorialidade; Promoção da Saúde; Saúde Pública; Vigilância em Saúde Pública

ABSTRACT

This article aims to present a sort of different territory's characterizations notion in some of its applications in the field of Collective Health in the scope of management, planning and working and not only for services' organization, but as an essential concept to health care. Thus, territory is understood as an administration's element of space's forms of organization and as State's intervention over collective life alongside Social Medicine, focusing the landscape and the environment as a factor of etiological predisposition of diseases. In the territory, the social and economic conditions of illness and the medical-social measures are developed. Progressively, Collective Health's developments metabolize the notion of territory under various aspects. Based on the social determination of the disease, socio-environmental processes, places signification, socio-territorial identification, appropriation, as well as biological and social reproduction are integrated as factors of care and health production. Finally, the notion of territory reconfigures health practices in the strategic terms of access, cooperation and collective construction, reordering power relations as it entails the realization of the right to health to the resolubility of care and to the transformation of society.

Key Words: Sociocultural Territory; Health Policy; Territoriality; Health Promotion; Public Health; Public Health Surveillance

Resumen

En este artículo presentamos distintas caracterizaciones de la noción de territorio en vista de sus posibles aplicaciones en el campo de la Salud Pública en el ámbito de la gestión, la planificación y la acción. Comprendemos territorio como un concepto esencial para la atención de la salud y no solo en la organización de los servicios. En la gestión de las formas de organización del espacio, el territorio aparece como objeto de intervención del Estado en la vida colectiva al lado de la Medicina Social, primeramente centrándose en el paisaje y el medio ambiente como un factor para la predisposición etiológica de las enfermedades. En el territorio, se desarrollan las condiciones sociales y económicas de la enfermedad, así como las medidas médicas

y sociales para tratarlas. Gradualmente, los progresos en Salud Pública metabolizan la noción de territorio en varios aspectos. Con base en la determinación social de la enfermedad, los procesos socioambientales, el significado de los lugares, la identificación socio-territorial, la apropiación al lado de la reproducción biológica y social se integran como factores de cuidado y producción de salud. Así, la noción de territorio reconfigura las prácticas de salud en términos estratégicos de acceso, cooperación y construcción colectiva, en una reorganización de las relaciones de poder que vincula la realización del derecho a la salud con la resolución de la asistencia y la transformación de la sociedad.

Palabras-clave: Territorio Sociocultural; Política de Salud; Territorialidad; Promoción de la Salud; Salud Pública; Vigilancia en Salud Pública

1 Introdução

Com a construção das redes de atenção à saúde no Brasil^{1,2,3}, nos deparamos com a noção de território, que serve de marco para a organização do setor da saúde e das redes intersetoriais, bem como dos modos de gestão e avaliação de ações e serviços comunitários^{4,5}. Posto isto, apresentamos este ensaio teórico, de caráter reflexivo, construído a partir de revisão narrativa da literatura. Nele, propomos um itinerário para a compreensão da noção de território, a fim de elucidar seus modos de aplicação para a constituição ao nível de história e organização dos sistemas e serviços de atenção à saúde e como conceito essencial ao trabalho no campo da Saúde Coletiva na sua articulação com a Geografia, a Epidemiologia e as Políticas Públicas.

2.1 Medicina Social e Medicina Preventiva: a inserção do ambiente na paisagem

Na história dos sistemas de saúde, o termo Medicina Social, desde Jules Guérin, em 1938, foi usado para definir um campo de conhecimento científico que se atenta aos aspectos sociais, ambientais e territoriais relacionados aos processos saúde-doença e aos serviços de assistência médica⁶.

Nesse contexto, a origem da medicina social está vinculada à medicina urbana na França, à polícia médica na Alemanha e à medicina da força de trabalho na Inglaterra. Através desses modelos de intervenção estatal sobre a vida coletiva organizada em torno de um território circunscrito a um Estado-nação, Foucault⁷ afirma que a consolidação do capitalismo propicia o surgimento de uma medicina coletiva.

Como prática coletiva, a Medicina Social se liga a um território em três vias: 1- a saúde das pessoas que coabitam um mesmo local se torna interesse da sociedade, que se vê obrigada a assegurar a saúde de seus membros reunidos numa localidade territorial. 2- Para

isso, se assume que as condições sociais e econômicas que incidem no território influenciam a saúde e o adoecimento das pessoas e precisam ser estudadas cientificamente. 3- Por fim, se compreende que população é um conjunto relativamente heterogêneo de indivíduos, que entre o conjunto e as partes não há mediação e que as medidas a serem tomadas com vistas à proteção da saúde da população que habita o território são providências de cunho médico e sociais⁸.

Essas resoluções indicam a crescente presença do Estado na vida das pessoas que, como parte da engrenagem social, são integradas e postas para funcionar de acordo com normas estatais. Nessa linha, localizamos as preocupações pioneiras de Virchow – que dedica uma visão ampliada para a resolução de uma epidemia de Tifo que assola a Alemanha. Suas indicações estão ligadas ao local de vida das pessoas como espaço habitado e feixe onde se cruzam uma variedade de fatores que têm influência decisiva sobre os processos de adoecimento⁹.

Por isso se desdobram em recomendações para melhorias na qualidade de vida da população, incremento na educação e na democracia do país expressas em termos de aumento da liberdade e da prosperidade do povo, ao mesmo tempo em que postula a necessidade de instâncias governamentais autônomas para intervir na agricultura e na vida das pessoas. Embora não acatadas, tais recomendações contribuíram para criar a ideia de polícia médica ou polícia sanitária, que age com caráter autoritário e paternalista seguindo aspectos legais das questões de saúde.

Contudo, as direções voltadas à transformação da sociedade e das condições de vida foram sobrepujadas pela perspectiva biologizante e individualista tornada hegemônica com a Revolução Bacteriana. Nesse âmbito, Westphal¹⁰ sinaliza que o modelo de adoecimento centrado no micróbio tira de cena a importância determinante do ambiente físico e do meio social.

Preocupadas tão somente em buscar agentes patogênicos concretos, as ações de saúde passam a se organizar em torno da ideia de que a doença tem uma só causa que deve ser foco da ação: cada etiologia, um germe específico a ser combatido. Esse modelo traz uma visão mecanicista e unicausal que reduz saúde à ausência de doença. Mais que isso, legitima o autoritarismo sanitário e a coerção policial como modo de operação dos sistemas de saúde sobre um território.

Tal concepção do adoecimento prevalece até o modelo trazido por Leavell e Clark em 1970, que dá base à Medicina Preventiva como modelo de reorganização operacional da Medicina Social. Entretanto, no contexto latino-americano, García¹¹ aponta que à medida em

que visa uma atitude preventiva e social, é desde o modelo da Medicina Preventiva que se articula ao modelo clássico da história natural das doenças as ideias de multicausalidade e integração de diversos fatores que demandam distintas modalidades e níveis de resposta.

A história natural das doenças é um modelo com grande apelo cientificista, de base biologicista, forte na academia, na gestão e no imaginário popular e serve de base para a inclusão do ambiente nos processos de adoecimento. Sob essa ótica, a Medicina Preventiva enfoca a doença enquanto manifestação decorrente de desequilíbrios na tríade agente, hospedeiro e ambiente. Assim, pauta o trabalho em saúde a partir e com a noção de espaço geográfico no qual habita uma população em três níveis de prevenção que vão dos processos pré-patogênicos aos patogênicos até a limitação dos danos e sequelas do adoecimento.

Ao analisar tal perspectiva, Monken e colaboradores¹² salientam que nela o espaço é entendido separado do tempo e das pessoas, como lugar geográfico que predispõe a doenças, com ênfase na circulação de agentes de doenças transmissíveis.

Sem negar as contribuições advindas desse modelo, lançamos um olhar crítico a tal perspectiva epidemiológica e paisagística que toma o espaço como lugar de exposição e predisposição a doenças e agravos. À despeito das contribuições do modelo preventivista, que marca a inclusão do ambiente na tríade ecológica de compreensão dos processos de adoecimento, ele se mostra insuficiente frente à complexidade do campo da saúde. Por conseguinte, a abordagem preventivista acaba superada pelas ideias de risco e multicausalidade dos processos saúde-doença. Assim, é preciso alcançar o território para articularmos práticas e redes de atenção em saúde.

2.2 O Campo da Saúde para além da assistência médica

Estudiosos da Saúde Coletiva como Paim^{13,14}, Almeida Filho¹⁵, dentre outros, apontam que a noção de território ganha relevo com os movimentos político-sociais em saúde que tomam corpo entre os anos 1970 e 1980 e têm como marco o modelo do Campo da Saúde, base do relatório Lalonde, a Conferência de Alma-Ata e a VIII Conferência Nacional de Saúde no Brasil, desde onde se estrutura a organização política da rede de atenção e serviços de saúde no Brasil.

Sucintamente, podemos ver que o modelo do Campo da Saúde explicitado por Lalonde em 1974 reconhece a saúde como bem social, estimulando a integração da ciência à tecnologia na construção coletiva de culturas saudáveis. Assim, convoca a responsabilização

social desde a inclusão e focalização dos determinantes da saúde que operam do exterior do sistema de assistência sanitária.

Tal modelo postula quatro componentes na compreensão e intervenção dos processos saúde-doença: o ambiente, o espaço biofísico e social; as condições de acessibilidade e qualidade do cuidado e dos serviços de saúde; os estilos de vida que determinam as incidências ocasionais, os atributos e decisões individuais expressos junto às predisposições aos processos de maturação e à bagagem genética inscritas na biologia humana.

O relatório de Lalonde reconhece que boa parte dos problemas da Saúde Pública são resultado do desconhecimento epidemiológico acerca de doenças não infectocontagiosas. Seu viés crítico assume que enquanto a medicina for entendida como a fonte primordial de melhorias na saúde, justificamos a crença que tende a resumir a saúde à qualidade da medicina, assim como a concentração da maior parte dos gastos para melhorar a saúde na disposição do cuidado médico.

Ao investigar as principais causas de adoecimento e morte no Canadá, o relatório encontra sua origem nos três outros componentes do conceito de Campo de Saúde: na biologia humana, no meio ambiente e nos estilos de vida. É preciso, portanto, olhar além do sistema tradicional de saúde orientado prioritariamente para tratamento de pessoas doentes se pretendemos melhorar a saúde de uma população que habita e compõe um território.

Com o relatório, vemos a aplicação da noção de risco para a identificação e caracterização das formas de adoecimento relacionadas às desigualdades sanitárias. Paralelamente, ganha relevância a implicação mútua e a responsabilização de cada indivíduo para a melhoria das condições de saúde.

Nesse modelo, as condições sociais e ambientais, assim como os estilos de vida, ganham maior peso frente às condições infectocontagiosas expressas no espaço e nas situações de saúde objetivadas numa ordem médico-biológica. Esse fato que convoca a responsabilização de governo, profissionais e população pelo patamar de saúde que cada população decide para si, ao mesmo tempo em que aponta para o território como determinante para a saúde, entendida como bem social.

Com essa reviravolta, vemos a ultrapassagem da concepção preventivista, quando articulamos ao campo da saúde o território como espaço praticado, que corresponde ao espaço vivido onde se desenrola a vida coletiva e as vivências individuais. É com a operacionalização da noção de território que alcançamos as condições de trabalho, de vida e de inserção social necessárias para irmos além da inclusão do espaço na problemática saúde-doença como mero local de aglomeração humana e predisposição a agentes etiológicos.

Nessa linha, ao lado da incorporação da multicausalidade, temos um aumento do interesse político e humanístico-emancipatório pela saúde pública com a demanda prática de democratização dos processos de construção e decisão nas redes de saúde, a fim de inserir e trabalhar os componentes histórico-sociais dos processos saúde-doença.

Nas décadas de 1970 e 1980 proliferam as evidências da associação entre condições de vida, prosperidade e bom nível educacional com os problemas e necessidades de saúde e adoecimento¹⁶. Com isso, o território não se reduz apenas a um recorte espacial e pode ser operacionalizado a partir da noção de territorialidade enquanto instância que condiz aos limites, aos modos de acesso e pertencimento culturais, sociais e simbólicos que articulam sociedade, identidade, espaço e tempo à medida em que propicia interconexões entre diferentes dimensões da vida individual e coletiva.

2.3 Território e territorialidade

Devemos distinguir a noção de território da noção de espaço. Em consonância com as críticas de Harvey¹⁷ à concepção clássica de espaço, tal concepção aparece inicialmente para as ciências da saúde como recorte espacial dado como ambiente de circulação e predisposição de doenças¹², tido como mera localização que obedece a uma escala unidimensional. Definido no âmbito da Medicina Social e Preventiva apenas pela dimensão geométrico-geográfica, espaço corresponde a um recorte analiticamente cercado por fronteiras que marcam ecossistemas, espaços de predisposição à infecção e ao contágio, zona de circulação de vetores transmissores de doenças, etc.

Ratzel¹⁸ destaca duas vias de definição do território na geografia. Uma via jurídico-política, que liga território ao Estado, onde são enfatizados os laços do homem com a terra – o chamado direito de solo, por exemplo. Nascida no contexto pós-medieval europeu, essa perspectiva de base patrimonialista e origem feudal fundamenta a compreensão moderna do território. Assim, o que caracteriza o território é a propriedade territorial, expressa na soberania patrimonial, fronteiriça, excludente e marcada pelo investimento de poder sobre os corpos que visa a proteção sanitária e produtiva da população circunscrita no território sob tutela estatal.

Já na via etológica, se considera o território humano análogo ao animal. Como salienta Raffestin¹⁹, essa via resgata o sentido primordial da noção de território, que advém da biologia naturalista e condiz ao espaço onde uma espécie desempenha suas funções vitais. Segundo esse ponto de vista, território é dimensionado pela vida segundo suas condições de

continuação, perpetuação e expansão em relação com o ambiente e com a sobrevivência das espécies.

Tanto a via jurídico-política quanto a etológica levam à compreensão do território pela territorialidade. Segundo Raffestin¹⁹, o termo territorialidade diz de condutas ou atitudes instintivas características de determinado organismo (o que inclui o ser humano), a fim de se apropriar de um território, tomando posse e defendendo-o contra estranhos. Nos humanos, tal apropriação concretizada na posse e na defesa está intensamente relacionada a cultura, língua, hábitos, costumes, modos de vida, de alimentação, inter-relacionamento e socialização. Logo, a tendência de se apropriar, defender e administrar determinados setores geográficos propicia uma definição de territorialidade ligada aos modos como um grupo de pessoas ou um indivíduo controla um determinado território.

Entretanto, a territorialidade não se resume apenas ao controle. Na interface entre o território e as formas de organização e defesa do e pelo Estado, vemos um exercício da territorialidade ligado às formas de administração burocrática das forças e dos elementos que constituem tal territorialidade. Nesse eixo é que o Estado se responsabiliza no exercício da tutela do recorte territorial que lhe corresponde na justificação do monopólio da violência circunscrita àquele território e na administração de recursos.

Quanto mais buscamos dar consistência à definição de território, mais difícil fica nos restringirmos a tal ou qual campo de saber. Isso acontece porque, assim como espaço e ambiente o são em certa medida, território é uma ferramenta teórica, metodológica e conceitual que atravessa espaço, ambiente e saúde à medida em que se liga a questões econômicas, políticas e culturais. Por isso, ao passo que o território integra o corpo de uma vasta gama de disciplinas, responde ainda a necessidades interdisciplinares que abrangem um campo tão complexo e multideterminado como os processos de saúde e doença.

Se a ciência médica que se dedica ao espaço ambiental marcado pelos traços físico-naturais não faz referências aos limites e ao acesso aos recursos nele circunscritos (dentre eles serviços de atenção à saúde), o território é marcado por traços de pertencimento, pelas marcas que a cultura produz no espaço e nas pessoas que habitam certo lugar.

Ao passo que a noção de território dá margem a uma concepção estática, ainda que multidimensional, vemos a importância de definir territorialidade. De acordo com Sack (1986), territorialidade diz respeito a um comportamento humano espacial, reconhecida pelo prisma das ações e estratégias de controle, poder e manutenção independentemente do tamanho da área a ser dominada ou do caráter meramente quantitativo da ação respectiva ao agente dominador.

Por isso, o território não é só um pedaço do espaço: ele é repleto de interconexões entre diferentes escalas, onde distintas dimensões e níveis da vida individual e coletiva se tocam e se penetram. É no território que a vida afetiva-sentimental e econômica se encontra com os problemas sociais de violência, saneamento e com a educação, dentre outras esferas de nossas vivências do mundo. É ainda nessas distintas dimensões que os processos socioambientais ocorrem¹².

O papel da territorialidade se traduz, além disso, na formação de processos identitários locais, considerando sua dinamicidade, pois os elementos que a constituem (o homem, o espaço, a cultura, etc.) são susceptíveis de constantes variações no tempo. Essa característica confere à territorialidade a possibilidade de vivências por meio de um conjunto de relações emergentes de um sistema tridimensional – sociedade, espaço, tempo. Pois “a análise da territorialidade só é possível pela apreensão das relações reais recolocadas em seu contexto sócio-histórico e espaço-temporal”¹⁹.

A territorialidade propicia ainda uma identificação das pessoas com o território. Embora as discussões acerca dos variados processos que cruzam identificação e territorialidade não caibam aqui, salientamos que elas se referem a processos de enraizamento, de identidade ou de inserção territorial. É importante assinalarmos que essa identificação com o território permite construir identidades e serve para satisfazer necessidades^{20,21}.

Em suma, podemos afirmar que as territorialidades são caracterizadas pelas diferentes formas de organização do espaço, de significação de um lugar e de usos do território, que correspondem a distintas dimensões que coabitam e conformam cada território. Assim é que a ideia de territorialidade e sua articulação com a questão das identidades se torna mais profícua ao campo da Saúde Coletiva.

Seguindo essa linha, a noção de territorialidade se aloca no campo das práticas em Saúde Coletiva aproximando-se do conceito de identidade socioterritorial, definida por Haesbaert²² como um tipo de identidade social caracterizado por modalidades de reconhecimento pessoal mediante elementos, objetos ou pessoas em relações que transpassam o território enquanto recorte arregrado de conteúdo histórico e simbólico. Isso é importante porque a noção de território no campo da Saúde Coletiva deve ser operacionalizada a partir da articulação entre determinação social, identidades e territorialidades, superando visões reducionistas que o tomam apenas como palco de intervenções técnicas²³.

À medida em que atravessa o espaço físico-geográfico, mas também os espaços simbólica, social e historicamente produzidos do território é que a territorialidade pode ser

definida a partir de elementos tão diversos e multidimensionais quanto um recorte de paisagem, do espaço cotidiano vivido ou até do Estado-nação.

Ao articular a dimensão histórica ao imaginário social, indissociável do espaço de referência e memória de um grupo, é que podemos definir o território sob a perspectiva da territorialidade. A partir de tal definição avançamos na compreensão das fragilidades, dos modos territoriais constituintes e estruturantes, das potencialidades, da dinâmica e das peculiaridades de um território de saúde e sua população.

2.4 Território, dinâmica e processos sócio-históricos e simbólicos

A fim de aprimorar as intervenções em saúde, recorremos a Milton Santos para propor um horizonte de transposição da noção de território, definido pelas condições de vivência e reprodução da vida ao campo da saúde. Na epistemologia do espaço empreendida pelo autor, a caracterização dos territórios é inseparável do imperativo de aceleração contemporâneo, que se presta ao entendimento do território para além de suas formas espaciais e multidimensionais. Assim, é imprescindível o conhecimento dos aspectos estruturantes, dos processos e funções específicos do território através das relações que ele estabelece com a técnica e as repercussões da revolução tecnológica²⁴.

Entendido em sua unidade dinâmica na qual se reúnem a materialidade e a ação humana, essa leitura do território através das relações entre espaço e territorialidades o coloca como “conjunto indissociável de sistemas de objetos, naturais ou fabricados, e de sistemas de ações, deliberadas ou não”²⁵.

Ao caracterizar território pela interpenetração de redes desiguais, emaranhadas, sobrepostas e prolongadas entre si em diferentes escalas e níveis, Santos²⁵ usa a palavra dinâmica a fim de marcar o movimento, a transformação e as contradições presentes no espaço. Nessa ótica, a constituição do território se dá no entrecruzamento com as territorialidades que o perpassam, como definem Santos e Silveira²⁴:

o sentido da palavra territorialidade como sinônimo de pertencer àquilo que nos pertence... esse sentimento de exclusividade e limite ultrapassa a raça humana e prescinde da existência de Estado. Assim, essa ideia de territorialidade se estende aos próprios animais, como sinônimo de área de vivência e de reprodução. Mas territorialidade humana pressupõe também a preocupação com o destino, a construção do futuro, o que entre os seres vivos é privilégio do homem.

Ao associar vivência à reprodução, não só do indivíduo ou da espécie, mas das condições estruturantes da vida, temos a definição acima como síntese do percurso traçado para a compreensão do território como espaço praticado onde se inscrevem condições de vida, trabalho e inserção social¹⁷. De variadas maneiras, essas condições traduzem a dinâmica intrínseca às relações de limite, acesso e pertencimento que caracterizam o território como comportamento humano²⁵.

A vivência do território abarca a interdependência material inscrita desde o ambiente, a ação humana e a política que o perpassa e confere as peculiaridades, as fragilidades (estruturantes, constituintes ou ocasionais), as características, as riquezas e as potencialidades de um território no qual interagem situações, problemas, necessidades, ações, práticas e serviços relacionados à saúde.

Além da vivência, Santos²⁶ reconhece a importância da reprodução social, que responde às necessidades de organização econômica e social de um determinado espaço. Ela aparece ao lado da vivência e da percepção, que são marcas subjetivas do espaço, correspondentes ao campo da afetividade e das referências identitárias, simbólicas e socioculturais dadas pelos sujeitos que imprimem valores no decorrer do processo de construção do espaço geográfico que constitui o território. Logo, a reprodução social atravessa uma diversidade de domínios da vida e se encontra ligada às condições estruturantes da determinação social da saúde e da doença²⁷.

Primeiro, a reprodução social se liga aos determinantes de saúde através da reprodução biológica. Sob esse prisma, as noções de situação de saúde e condições de vida se articulam com as diversas dimensões do processo reprodutivo (biológica, psicológica, sociológica, econômica, política) e as disciplinas que as estudam.

Segundo, a reprodução social da saúde e da doença é indissociável das relações ecológicas tecidas entre os grupos que constituem o território. Relações não obstante expressas na partilha de formas de consciência e conduta e nas interações intersubjetivas e culturais entre as pessoas e com o ambiente no qual se constituem.

Terceiro, a reprodução das formas econômicas de domínio e relação com a natureza é parte crucial desse jogo de determinação e reprodução social¹⁷. Esses dois últimos processos integram os níveis intermediários (orgânico e social) à esfera individual e coletiva, articulando as contribuições de cunho estritamente fisicalista (que toma como base explicativa os níveis orgânico, celular e molecular) e holístico (que remete toda situação aos níveis superiores do modo de produção, estrutura de classes ou formações culturais) ao mesmo tempo²⁷. Em decorrência disso, ambos são processos sociais ordenados em hierarquias funcionais e

estruturais que se organizam progressivamente do nível individual, ao da família, ao grupo social até o Estado-nação.

A compreensão dos modos com os quais determinado território é vivenciado na articulação com as formas sociais de reprodução é imprescindível para a construção de práticas e redes de saúde. Ao ultrapassar uma perspectiva paisagística voltada ao espaço, o território se torna imprescindível para o enfoque estratégico-situacional de planejamento participativo das ações em saúde.

Por fim, é inegável a associação estratégica das formas de inserção local com a articulação intersetorial através do território. Via de regra, a atuação territorial em saúde demanda cooperação técnica para a formulação e implementação de práticas e políticas de saúde democráticas e comprometidas com a transformação social^{28,29}.

2.5 Território e a construção de redes de cuidado em saúde

Ao assumir que boa parte dos adoecimentos passam por questões sociais como pobreza, má distribuição de recursos, etc., surge a necessidade na saúde de atuar sobre o território onde são vivenciadas e reproduzidas situações de saúde e adoecimento^{13,14,27,30,31,32,33,34}.

Desde a Conferência de Alma-Ata há um esforço para pensar a Saúde Coletiva pela via da transformação das condições de adoecimento através da expansão da atenção primária. Enquanto prática e política de saúde, a atenção primária comporta três aspectos: 1- é um programa de medicina simplificada, o que significa menores custos de financiamento e de operacionalidade; 2- corresponde ao primeiro nível da atenção em saúde, a porta de entrada do usuário; 3- se torna um componente estratégico para a organização das políticas e dos serviços de saúde^{35,36}.

Ao reclamar o direito à saúde, a melhoria do acesso aos serviços, a cooperação entre os distintos setores na construção coletiva e coparticipativa da malha estruturante da Atenção Primária, os preceitos da Conferência de Alma-Ata propõem mudanças nas relações de poder.

A Atenção Primária ganha corpo no Brasil nos anos de 1990 para estender a cobertura em saúde às populações rurais e periféricas, voltando-se especialmente para o grupo materno-infantil e se desenvolve a partir da aplicação da ideia de distritalização ao campo da saúde, resultante da Conferência Nacional de Saúde de 1986.

A distritalização visa articular uma população definida a um território³⁷. Com isso, se torna parte imprescindível da construção de redes de serviços em contiguidade com as necessidades de saúde, com o perfil epidemiológico e com as tecnologias e capacidades comunitárias da população, seguindo as diretrizes da integralidade.

Ao integrar a determinação social dos processos saúde-doença no intuito de reformular sistema de saúde e seu financiamento, tais propostas precedem a Lei Orgânica da Saúde^{13,33}, que dá cabo a um modelo assentado em universalização, descentralização, intersetorialidade e controle social. Mais recentemente, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) de 2017 trouxe novas diretrizes para a territorialização e o funcionamento das equipes de saúde da família, suscitando debates sobre o papel do território na efetivação do cuidado³⁸.

Essa Lei prevê a regulação e a consolidação do financiamento público ao setor da saúde. Ela institui a rede de saúde descentralizada, transferindo a responsabilidade da assistência aos governos locais através da unificação e integração das ações em conteúdo (preventivas, curativas e de reabilitação) e gestão (nos níveis municipal, estadual e federal) na unicidade das estruturas de rede gestora organizada em cada localidade. Como desdobramento, o campo da saúde deve atuar promovendo a participação ativa da população na formulação, implementação e controle das ações em saúde³⁹.

Assim, é imprescindível partir das demandas e possibilidades existentes no território para a construção, gestão, organização e controle descentralizados da rede universal de atenção em saúde, pois é no território que se encontram, conflitam, e se articulam os vários setores (assistência social, segurança pública, educação, etc.) que compõem a rede intersetorial referente às questões de saúde/doença.

Nesse sentido, a Atenção Básica busca a intersetorialidade a fim de aumentar a efetividade, qualidade, a equidade e a integralidade nas intervenções, ao passo em que se dirige às práticas de promoção de saúde. Enquanto concentração de políticas públicas intersetoriais voltadas para a melhoria das condições de vida, a promoção se liga à rede Básica de atenção para produzir práticas de acolhimento, vinculação e resolução no plano coletivo e ampliado de saúde^{40,41}.

Por fim, é através do território que se exerce o controle social das ações e serviços de saúde. Controle e avaliação que se dão através dos Conselhos – Municipal e Regional – bem como através de outras estratégias de participação e avaliação que passam pela comunicação no intuito de democratizar o acesso às informações, a fim de oferecer subsídios para o exercício efetivo do planejamento e da fiscalização popular das políticas públicas de saúde. O potencial transformador da participação comunitária e seus desafios estruturais, como baixa

adesão popular e descontinuidade das ações, estão ligados a efetividade do controle social nos territórios⁴². Afinal, a efetiva participação social depende da articulação de atores estratégicos no território, cuja atuação pode potencializar ou fragilizar as redes comunitárias de cuidado.

É no entreposto dessas diretrizes que a rede de Atenção Básica de Saúde figura como estratégia essencial para a reorientação do sistema de saúde. Estratégia que alia a capacidade técnica à democratização, convocando e inventando formas de incentivar, possibilitar e incrementar a participação ampliada da população nos espaços decisórios, especialmente ao nível local.

Assim, a Atenção Básica reorienta a ação e os serviços de saúde de baixo, como base que alicerça a pirâmide de complexidade e de extensão. A partir das estratégias centradas no território é que se definem prioridades, alternativas de ação, alocação de recursos e condução dos processos até a resolução, controle ou desfecho do problema.

A partir do território que se propõe a organização da prestação de serviços na atenção à demanda espontânea e na oferta organizada de ações programáticas. Daí são construídos os programas de controle de doenças ou de atenção a grupos populacionais específicos, sejam tais grupos segmentados em relação às áreas que habitam, aos riscos que correm ou sejam às atividades ou ocupações que desempenham. Ademais, desde o território se organiza a vigilância em saúde, que articula as necessidades de saúde às condições de vida sob a luz da integralidade e da ação intersetorial.

Transferir a gestão da saúde ao nível local é estratégico por considerar a singularidade dos usuários, seus modos de agir e significar o mundo e a vivência singular do entorno no qual habitam. Apenas no cotidiano imediato é que o território tem a garantia de comunicação na copresença e na contiguidade física das pessoas, instituições, ambiente, etc. que se relacionam num mesmo espaço. Logo, é na conjunção entre pessoas, instituições e ambiente que são tecidas as significações simbólica-cultural-existencial cotidianas de um território⁴⁴. Isso faz com que periferias gentrificadas, territórios rurais com conflitos de terra ou de realocação de indígenas, por exemplo, tenham dificuldades e demandas muito particulares, mas também potencialidades especialmente singulares.

3 Considerações Finais

No trajeto percorrido, observamos como a incorporação da noção de território através da vivência e da reprodução social em múltiplas instâncias da vida é crucial para a organização de práticas de saúde com fins de transformação social.

Uma vez que o modelo do Campo da Saúde elucida que as causas de morte e adoecimento podem ser melhor resolvidas com ações integradas de cunho social, a noção de território, enquanto espaço praticado e vivido aparece como crucial para a reorganização das práticas e serviços de saúde. Entretanto, a fim de operacionalizar a aplicação e o uso desse conceito, deve-se incorporar a vivência, os múltiplos modos de reprodução social, identitária, política, econômica, etc. do território aos processos de construção, gestão e avaliação das redes de saúde.

A noção de território é um instrumento-chave para a democratização efetiva do sistema de saúde brasileiro e dá base aos preceitos de universalização, equidade, descentralização, intersetorialidade, participação e controle social nele estipulados. Nesse sentido, Saúde Coletiva é inseparável da seguridade social e do ímpeto de transformação social.

A atenção à saúde se relaciona com o conjunto de iniciativas do Estado e da sociedade que visam bem-estar, igualdade e justiça, concretizados no exercício dos direitos sociais (previdência, saúde, assistência social, etc.) e na distribuição de benefícios, ações e serviços pelo Estado segundo uma lógica universalista e equitativa.

Assim, é inevitável que a democratização do acesso dos lugares de decisão, planejamento, gestão e avaliação da saúde desde a incorporação do território acabe gerando tensionamentos e eventuais mudanças nas relações de poder. No escopo dessa tensão, à medida em que a organização dos sistemas de saúde propicia e tende a produzir emancipação dos usuários, podemos afirmar que o profissional de saúde se torna simultaneamente um técnico de necessidades sociais em saúde e um gerente de processos coletivos de trabalho em saúde¹⁴.

Ao implicar a população no cotidiano dos processos coletivos de trabalho em saúde, amplia-se a atuação em saúde, expandindo uma abordagem de resolução imediata de problemas, de busca por pessoas em risco de doença específica, para o âmbito da construção de ações coletivas sobre os múltiplos determinantes sociais, econômicos, culturais, políticos e ambientais de adoecimento. Por fim, a atuação territorial em saúde, articulada à participação social e à intersetorialidade, tem potencial para reduzir iniquidades e fortalecer a democracia sanitária⁴².

Por isso, através do território é que se combinam métodos e abordagens diversas e complementares, propiciando a efetiva e concreta participação social, de modo a fazer da atenção à saúde uma atribuição não só dos serviços a ela destinados. A responsabilização coletiva pelo bem-estar das pessoas passa pela participação coletiva na coalizão entre poder

público, privado e as redes informais que perpassam o território, pela reorientação dos serviços e também por ações de minimização da pobreza, incidindo sobre as dificuldades de reverter os quadros de desigualdades injustas, indignas e evitáveis, as iniquidades¹⁵.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Regionalização solidária e cooperativa: orientação para sua implementação no SUS (Série Pactos Pela Saúde, v. 3). Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
2. Brasil. Ministério da Saúde. A estratégia de redes regionalizadas de atenção à saúde: princípios e diretrizes para sua implementação no SUS. Brasília, Secretaria de Atenção à Saúde; 2008.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 4.279, de 30 de Dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
4. Campos F, Henriques C, organizadores. Contra a maré à beira-mar: A experiência do SUS em Santos. São Paulo: Editora Hucitec; 1997.
5. Minayo MC. Saúde e ambiente: uma relação necessária. In: Campos GWS, Minayo MC, Akerman M, Júnior MD, Carvalho YM, organizadores. Tratado de Saúde Coletiva. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2009.
6. Rosen G. Da Polícia Médica à Medicina Social. Rio de Janeiro: Graal; 1980.
7. Foucault M. Microfísica do Poder. Rio de Janeiro: Graal; 2005.
8. Foucault M. Segurança, território, população: Curso dado no Collège de France (1977-1978). São Paulo: Martins Fontes; 2008.
9. Santos M. Virchow: Medicina, Ciência e Sociedade no Seu Tempo. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra; 2008.
10. Westphal M. Promoção da saúde e prevenção de doenças. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato L, Noronha J, Carvalho A. organizadores. Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/Centro Brasileiro de Estudos de Saúde; 2012.
11. García JC. Medicina e sociedade: correntes de pensamento no campo da saúde. In: Nunes E, organizadores. Juan César García: pensamento social em saúde na América Latina. São Paulo: Cortez Editora; 1989.
12. Monken M, Peiter P, Barcellos C, Rojas LI, Navarro M, Gondim GMM, Gracie R. O Território na Saúde: construindo referências para análises em saúde e ambiente. In: Miranda AC, Barcellos C, Moreira, JC, Monken M, organizadores. Território, Ambiente e Saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008.
13. Paim J. Políticas de saúde no Brasil. In: Rouquayrol M, Almeida Filho N, organizadores. Epidemiologia e saúde. Rio de Janeiro: Medsi; 2003.

14. Paim J. Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para a compreensão e crítica. Salvador: Edufba; Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008.
15. Almeida Filho N. O que é saúde? Rio de Janeiro: Fiocruz; 2011.
16. Mendes EV. Uma agenda para a saúde. São Paulo: Hucitec; 1996.
17. Harvey D. A produção capitalista do espaço. São Paulo: Annablume; 2006.
18. Ratzel F. El territorio, la sociedad y el Estado. In: Mendoza J, Jiménez J, Cantero N, organizadores. El pensamiento geográfico. Madrid: Alianza Editorial; 1982.
19. Raffestin C. Por uma Geografia do Poder. São Paulo: Ática; 1993.
20. Bernardes AG. Pesquisar com o Território: Algumas Apostas Metodológicas. Psicologia: Ciência e Profissão 2018; 38(2): 291-300.
21. Costa B. As relações entre os conceitos de identidade, território e cultura no espaço urbano: Por uma abordagem microgeográfica. In: Rosendahl Z, Corrêa R, organizadores. Geografia: Temas sobre cultura e espaço. Rio de Janeiro: Eduerj; 2005.
22. Haesbaert R. O Mito da Desterritorialização: Do Fim dos Territórios à Multiterritorialidade. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 2004.
23. Monken M. Território e saúde: apontamentos conceituais para a proposta de territórios sustentáveis e saudáveis. Saúde debate. 2024;48 (esp. 1). <https://doi.org/10.1590/2358-28982024E18721P>
24. Santos M, Silveira ML. O Brasil: Território e Sociedade no Início do Século XXI. Rio de Janeiro: Record; 2001.
25. Sack R. Human Territoriality: its theory and history. Cambridge: Cambridge University Press; 1986.
26. Santos M. As metamorfoses do espaço habitado. São Paulo: Hucitec; 1988.
27. Buss P, Carvalho A. Determinantes sociais na saúde, na doença e na intervenção. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato L, Noronha J, Carvalho A, organizadores. Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz/Centro Brasileiro de Estudos de Saúde; 2012.
28. Furtado JP, Nakamura E, organizadores. Inserção social e habitação de pessoas com sofrimento mental grave. São Paulo: Fap-UNIFESP Editora; 2014.
29. Furtado JP, Oda W, Borysow I, Kapp S. A concepção de território na Saúde Mental. Cad. Saúde Pública [online] 2016; vol. 32 (9): e00059116.
30. Dutra V, Oliveira R. Revisão integrativa: as práticas territoriais de cuidado em saúde mental. Aquichan 2015; 15: 529-40.
31. Leão A, Barros S. Território e serviço comunitário de saúde mental: as concepções presentes nos discursos dos atores do processo da reforma psiquiátrica brasileira. Saúde Soc 2012; 21: 572-586.

32. Lima E, Yasui S. Territórios e sentidos: espaço, cultura, subjetividade e cuidado na atenção psicossocial. *Saúde Debate* 2014; 38: 593-606.
33. Paim J. Modelos de Atenção à Saúde no Brasil. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato L, Noronha J, Carvalho A, (org) Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/Centro Brasileiro de Estudos de Saúde; 2012.
34. Silva A, Pinho L. Território e saúde mental: contribuições conceituais da geografia para o campo psicossocial. *Rev Enferm UERJ* 2015; 23: 420-4.
35. Giovanella, L. Mendonça, M. Atenção Primária à Saúde. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato L, Noronha J, Carvalho A, organizadores. Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/Centro Brasileiro de Estudos de Saúde; 2012.
36. Lemke R, Silva R. Itinerários de construção de uma lógica territorial do cuidado. *Psicol Soc* 2013; 25(n spec 2): 9-20.
37. Gondim GM, Monken M, Rojas LI, Barcellos C, Peiter P, Navarro M, Gracie R. O território da Saúde: a organização dos sistemas de saúde e a territorialização. In: Miranda AC, Barcellos C, Moreira, JC, Monken M, org. Território, Ambiente e Saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008.
38. Ribeiro LT, Tributino de Sousa ML, Santos Aleluia ÍR. Determinantes Locais da Territorialização na Atenção Primária à Saúde. *Rev Espaço Geogr.* 2025;28:72-106. DOI: <https://doi.org/10.26512/2236-56562025e50813>
39. Carvalho SR. Os múltiplos sentidos da categoria “empowerment” no projeto de promoção à saúde. *Cad. Saúde Pública* 2004; 20 (4): p. 1088-1095.
40. Merhy EE. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecno-assistencial em defesa da vida. In: Cecílio L, organizador. Inventando a mudança na saúde. São Paulo, HUCITEC; 1994.
41. Martins LDSG, Paula MNB, Araújo VA, Andrade EA. Percepções de psicólogos sobre as dinâmicas territoriais na construção de ações promotoras da saúde. *Rev Brasileira em promoção da saúde (online)* 2019; 32: 1-10.
42. Castro EM, Santos MFA, Gonçalves SL, Santana MVS, Almeida FVO, Prado GAS. Pré-conferências de saúde na prática: relato de experiência em um município piauiense. *Rev Saúde Redes.* 2026;12(1). DOI: <https://doi.org/10.18310/2446-4813.2026v12n1.4861>
43. Coelho P. Território, participação social e saúde: identificação de atores centrais em uma rede comunitária em Betim-MG. *Physis Rev Saúde Coletiva.* 2025;35(1). DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312025350111pt>
44. Santos M. Técnica, Espaço, Tempo: Globalização e meio técnico-científico-informacional. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo; 2008.

Regionalização em Saúde e a Educação Permanente: revisão da literatura

Regionalization in Health and Continuing Education: literature review

Regionalización en Salud y Educación Continua: revisión de la literatura

Sueli Sampaio Fatima¹

Aniara Nascimento Corrêa Santos²

Maria Delzuita Fontoura Silva³

Luana Carla Tironi de Freitas Giacometti⁴

Samuel Brauer⁵

Cinthia Ferreira Costa⁶

¹ Universidade Federal de São Carlos (UFSCAR) | sufasampaio@gmail.com

² Universidade de São Paulo (USP) | aniaracorreia@uol.com.br

³ Universidade de Brasília (UnB)

⁴ Universidade Estadual de Londrina (UEL) | luana.giacometti@ext.bp.org.br

⁵ Universidade de Brasília (UnB)

⁶ Fundação Getúlio Vargas (FGV) | cinthia.costa@bp.org.br

RESUMO

O presente artigo tem como objetivo explorar, na produção científica de 2019 a 2022, a articulação entre o princípio doutrinário do SUS - Regionalização e o pressuposto teórico/metodológico da Educação Permanente. Trata-se de uma revisão bibliográfica em bases de dados científicas, com predomínio de artigos publicados em 2019 e 2021, no Brasil na Literatura Latino-Americana e do Caribe (LILACS) e *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (Medline) e estudos com abordagem qualitativa. O foco dos estudos está mais relacionado à Regionalização em Saúde e aos potenciais e desafios para sua implementação, sendo a abordagem da educação permanente incipiente. Os estudos indicam as diversas potencialidades e desafios que perpassam as instâncias de governança e financiamento, quer da ordem federal, estadual e/ou municipal, com destaque para o desafio da equidade territorial a ser enfrentado para a concretização da diretriz da integralidade no SUS. Ainda que os artigos não indiquem relação direta da proposta de Regionalização com pressupostos teóricos-conceituais da Educação Permanente em Saúde, há evidências da importância de que trabalhadores da saúde reflitam sobre seu processo de trabalho, para além da atenção à saúde, incluindo as dimensões de gestão e educacional.

Palavras-chave: regionalização, saúde, educação permanente, educação continuada.

ABSTRACT

This article aims to explore, in scientific production from 2019 to 2022, the articulation between the doctrinal principle of SUS - Regionalization and the theoretical/methodological assumption of Continuing Education. This is a bibliographic review in scientific databases, with a predominance of articles published in 2019 and 2021, in Brazil, in Latin American and Caribbean Literature (LILACS), *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (Medline) and studies with a qualitative approach. The focus of the studies is more related to Regionalization in Health and the potentials and "provocations" for its implementation, with the approach to permanent education being incipient. The studies indicate the different potentialities and challenges, that permeate the governance and financing instances, whether federal, state and/or municipal, with emphasis on the challenge of territorial equity to be faced in order to achieve the comprehensiveness guideline in the SUS. Even though the articles do not indicate a direct relationship between the Regionalization proposal and

theoretical-conceptual assumptions of Continuing Health Education, there is evidence of the importance of health workers reflecting on their work process, in addition to health care, including the dimensions of management and educational.

Keywords: regionalization, health, permanent education, continuing education.

RESUMEN

Este artículo tiene como objetivo explorar, en la producción científica de 2019 a 2022, la articulación entre el principio doctrinal del SUS - Regionalización y el supuesto teórico/metodológico de la Educación Continua. Se trata de una revisión bibliográfica en bases de datos científicas, con predominio de artículos publicados en 2019 y 2021, en Brasil, en Literatura Latinoamericana y Caribeña (LILACS), Sistema de Análisis y Recuperación de Literatura Médica en Línea (Medline) y estudios con abordaje cualitativo. El cuál está más relacionado con la Regionalización en Salud y las potencialidades y desafíos para su implementación, siendo incipiente el abordaje de la educación permanente. Los estudios señalan las diferentes potencialidades y desafíos que permean las instancias de gobernanza y financiamiento, ya sean federales, estatales y/o municipales, con énfasis en el desafío de equidad territorial a enfrentar para alcanzar la directriz de integralidad en el SUS. Si bien los artículos no indican una relación directa entre la propuesta de Regionalización y los supuestos teórico-conceptuales de la Educación Continua en Salud, hay evidencia de la importancia de que los trabajadores de la salud reflexionen sobre su proceso de trabajo, además del cuidado de la salud, incluyendo las dimensiones de la gestión y educativo.

Palabras-clave: regionalización, salud, educación permanente, educación continua.

1 INTRODUÇÃO

A Lei no. 8.080, de 19/9/1990 instituiu o SUS, definindo seus objetivos, competências e atribuições; princípios e diretrizes; organização, direção e gestão. Regulou a prestação de serviços privados de assistência à saúde; definiu políticas de recursos humanos; financiamento; gestão financeira; planejamento e orçamento¹.

A Regionalização é um princípio organizativo do SUS e é considerada um eixo estruturante que organiza a descentralização das ações e serviços de saúde no país por meio da organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Ela busca promover a equidade, a integralidade na atenção à saúde, a racionalização dos gastos e a otimização dos recursos, com ganho de escala, o estabelecimento de mecanismos de governança e a atuação do Estado orientada pela lógica dos interesses coletivos e do SUS no espaço regional².

O processo de regionalização e de Planejamento Regional Integrado (PRI) ganhou novas diretrizes por meio das Resoluções CIT nº 23/2017 e 37/2018, tendo como documento de consolidação, a Resolução de Consolidação CIT nº 01/2021³.

O Planejamento Regional Integrado (PRI) é parte do processo de planejamento do SUS, que vem sendo implementado no âmbito das Macrorregiões de Saúde. Seu produto, resultante das pactuações entre as unidades federadas, com participação do Ministério da Saúde, é o Plano Regional, que deve servir de base para a elaboração do Plano Estadual de

Saúde, conforme § 2º, art. 30, da Lei Complementar 141/2012. Esse processo visa a promover a equidade regional, bem como contribuir na concretização do planejamento ascendente do SUS².

A Regionalização constitui-se também como uma estratégia para corrigir as desigualdades no acesso e a fragmentação dos serviços de Saúde, por meio da organização funcional do SUS, com definição das responsabilidades dos entes federados, e dos fluxos de referência, para a garantia de acesso da população residente na área de abrangência de cada espaço regional. Ainda, a Regionalização fortalece o processo de descentralização, promovendo relações mais cooperativas e solidárias entre os gestores do SUS e qualificando a capacidade de gestão dos sistemas municipais de saúde².

Nesse sentido, os processos de trabalho têm potencialidade, se articulados com as necessidades de saúde conformadas sócio historicamente, por meio da práxis do trabalho coletivo, propor modelos de atenção orientados às necessidades de saúde da população brasileira, sem reiterar o modelo tradicional biomédico e fragmentado⁴.

Assim, a Educação Permanente em Saúde (EPS), instituída pelo Ministério da Saúde por meio da Portaria nº 198/2004 como uma política pública, propõe o desenvolvimento de ações educativas de forma descentralizada, envolvendo todos os profissionais de saúde⁵. A estratégia indica também a complexidade e articulação de diferentes problemas que fazem parte do cotidiano nos cenários de prática, sendo que as propostas e estratégias necessitam de articulação com a gestão, de uma forma sistêmica, com vistas à formação no trabalho⁶.

A EPS também é apresentada como um dispositivo técnico-político-pedagógico, já que a partir do trabalho, qualifica os trabalhadores, mas também, provoca melhora e potencializa a atenção à saúde, a gestão em saúde e o controle social, na dimensão dos serviços que compõem a Rede de Atenção à Saúde como na dimensão político-gerencial nos níveis central, regional e local⁷.

A partir dessa perspectiva, o presente artigo parte da seguinte questão: Quais os elementos de Educação Permanente presentes em publicações do tema Regionalização em Saúde?

As contribuições dessa discussão se voltam para a governança, organização e integração da rede de atenção à saúde, e para a identificação da potência da Educação Permanente para o fortalecimento da regionalização.

2 METODOLOGIA

O presente estudo caracteriza-se como uma revisão da literatura entre 2019 e 2022 da produção do conhecimento acerca do tema, com opção por artigos científicos como fonte de análise.

O trabalho consistiu na identificação, na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), dos descritores de assunto que correspondam à Regionalização em Saúde, nas bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe (LILACS) e *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (Medline)*. A busca foi realizada utilizando os termos: (regionalização) or “regionalização” [Descritor de assunto] and (saúde) or “saude” [Descritor de assunto] and “Artigo de Revista” [Tipo de publicação]. A partir do levantamento foram excluídos os títulos que não possuíam resumos na base. A leitura dos resumos, para posterior leitura na íntegra dos textos, adotou os seguintes critérios de inclusão: artigos com método qualitativo, ensaio teórico e artigos de opinião ou conceituais. Os critérios de exclusão adotados foram artigos com método epidemiológico e revisões sistemáticas, além dos estudos que não continham conceitos, definições ou considerações específicas sobre o assunto.

Após a leitura dos textos, a análise de cada artigo foi realizada por meio de duas fichas: uma, caracterizando a produção: autores, título do artigo com ano de publicação, região do país de realização do estudo, desenho metodológico e tipo de fonte utilizado. Na outra foram transcritos trechos conceituais ou considerações específicas sobre regionalização, regionalização em saúde, educação permanente, educação continuada.

Foram propostas para análise: (a) identificação das ideias centrais dos trechos transcritos de todos os artigos; (b) classificação dos sentidos subjacentes às ideias em temas que resumem a produção do conhecimento acerca do assunto estudado; e (c) elaboração de sínteses interpretativas de cada tema.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 Caracterização dos artigos analisados

Em relação ao **ano de publicação**, predominam artigos publicados em 2019 (13) seguidos dos publicados nos anos de 2021 (8), 2022 (1) e 2020 (3). Nesse sentido, pode-se considerar que a produção analisada acerca do assunto em geral é recente, abrangendo o período dos últimos cinco anos. No que diz respeito ao **país** onde os estudos foram desenvolvidos, predominam os realizados no Brasil (21), seguidos pelo EUA (2), El Salvador (1) e Canadá (1).

As **bases de dados** estão representadas por 16 artigos na Lilacs, 07 artigos na *Medline*, 1 artigo na BDEnf e 1 artigo na *Epistemonikos*.

Com relação ao **tipo de estudo**, a pesquisa qualitativa destaca-se com 16 estudos no conjunto dos artigos, seguida pela revisão da literatura (9) e relato de experiência (4). O predomínio da abordagem qualitativa de pesquisa pode indicar que a discussão acerca do assunto fica mais na dimensão de estudos aplicados, que são comuns na área da saúde, em função de que os estudos também ocorrem nos aspectos tanto da organização local como do planejamento estadual, regional e de políticas. Em relação ao **desenho metodológico**, há predominância do tipo empírico-qualitativo (16), seguido pelo tipo teórico-conceitual (9).

Em relação ao **foco dos estudos**, estão mais relacionados ao tema de Regionalização em Saúde, os potenciais e desafios para sua implementação, sendo que o tema na área de educação permanente é incipiente, indicando a importância de ampliar a reflexão sobre o desenvolvimento de capacidades para implementar esta política por meio da formação em serviço. Em geral, os artigos utilizam trajetória histórica a respeito do tema e relatos de experiências específicas em alguns territórios. Embora não se trate de assunto recente, carece ainda de relatos de experiências concretas da implementação e indicadores de sustentabilidade.

A análise do tipo do estudo tem a intenção de identificar se os conceitos de regionalização em saúde, educação permanente e educação continuada foram elaborados a partir de pesquisas de campo ou da literatura em geral. O tema serve como unidade de significação que se liberta do texto analisado e pode ser traduzido por um resumo, uma frase ou uma palavra. Ou seja, o tema pode ainda ser entendido como categoria mais ampla, abrangendo mais de um núcleo de sentido.

3.2 A tematização de Regionalização em Saúde

A partir da leitura dos estudos que, na sua maioria trazem aspectos relacionados à Regionalização em Saúde propriamente dita, identificamos desafios para a implementação da Regionalização: na disputa pelo poder regional; na definição político-institucional do território; na descentralização da responsabilidade sanitária para o nível local; na organização das redes hierarquizadas de assistência loco regionais; na organização autônoma do Consórcio Intermunicipal de Saúde e no processo de planejamento regional^{8,9,10}.

Ao mesmo tempo, são identificadas necessidades, como apoio às ações coletivas intergovernamentais; apoio técnico financeiro dos demais entes federados (União e Estado); constituição Consórcio Intermunicipal Saúde alinhado ao Estado; atuação dos Conselhos de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS) na Comissão Intergestora Bipartite (CIB) e nos processos decisórios das políticas de saúde; formalização do Contrato Organizativo de Ação Pública (COAP) por todos os municípios e regiões; Comissões Intergestoras Regionais (CIR), antecedidas pelas Comissões Intergestoras Bipartites Regionais, que se firmaram como espaço decisório nas regiões de saúde, sob condução da CRES (Comissão Regional de Educação em Saúde); revisão das Regiões de Saúde priorizando o acesso aos serviços da saúde e a organização da RAS. Finalmente, é reivindicada metodologia de configuração das Regiões de Saúde, com base nos deslocamentos dos cidadãos para a utilização de serviços públicos ou conveniados ao SUS em diversas escalas espaciais político-administrativas^{11,12,13,14,15}.

Encontrou-se ainda a indicação de estratégias para a melhoria dos processos de Regionalização com foco na integralidade do sistema de saúde^{16,17,18,19}, conforme figura abaixo.

Figura 1- Estratégias para a melhoria dos processos de Regionalização



Fonte: elaborada pelos autores (2023)

3.3 A tematização da Educação Permanente em Saúde e seus desafios

Os artigos reconhecem a Educação Permanente em Saúde como uma estratégia de construção coletiva, por meio do diálogo e da reflexão sobre a prática e de pactos para reorganizar a gestão do trabalho, a atenção e o controle social. Simultaneamente, ela possibilita o desenvolvimento dos trabalhadores, das instituições e, consequentemente, impulsiona a melhoria da qualidade da assistência. A EPS tem se constituído como uma ferramenta para transformação do trabalho em saúde por meio do desenvolvimento de novas ações^{20,21}.

O processo de educação permanente baseado na problematização das práticas cotidianas com equipes multidisciplinares, permitindo reflexões críticas e a articulação de soluções estratégicas coletivas⁹ pode ser um importante instrumento para o fortalecimento da educação em saúde voltada para a prática do planejamento e da governança na região. Os consórcios são apontados como fundamentais no desenvolvimento de processos de educação permanente e continuada, junto às equipes gestoras e/ou assistenciais¹².

No entanto, a educação permanente em saúde ainda se encontra muito vinculada à noção de educação continuada, o que não é raro se levarmos em conta todo o contexto de formação dos profissionais da saúde, em grande parte as instituições formadoras ainda reproduzem um modelo de pouco diálogo com outros setores²².

4 DISCUSSÃO

A implementação do processo de Planejamento Regional Integrado (PRI) visa a organização das Rede de Atenção à Saúde (RAS) mediante a integração regional das ações e serviços de saúde, em conformidade com a Lei Complementar nº 141/2012. Deve estar pautado na Atenção Primária à Saúde como ordenadora das RAS e coordenadora do cuidado, considerando ainda os demais conceitos, fundamentos, atributos e elementos constitutivos das RAS descritos no Anexo I da Portaria de Consolidação GM/MS nº 03/20217 (antiga Portaria GM/MS nº 4279/2010)².

Dentre as potências identificadas nos artigos temos o protagonismo dos apoiadores nas Comissões Intergestoras Regionais (CIR), assim como dos Conselhos de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS) na Comissão Intergestora Bipartite (CIB) na governança regional e seu importante espaço como estratégia de gestão, articulando, estimulando e fortalecendo parcerias intra e interinstitucionais com as Secretarias Municipais de Saúde¹².

Por se tratar da organização regional dos serviços e das ações de saúde, dos fluxos de acesso, e da definição de responsabilidades dos entes federados no espaço regional, as Comissões Intergestores são apontadas como desempenhando papel decisivo, uma vez que são foros de negociação e pactuação entre gestores para decidir sobre aspectos operacionais, financeiros e administrativos da gestão compartilhada do SUS².

Há indicações apontando para a necessidade de novas configurações territoriais, definidas pela combinação de critérios econômicos, políticos, administrativos e socioculturais e a relação entre Estado e mercado, indicando a importância do território na cultura da atenção básica e na atuação do movimento sanitário local. Um exemplo relacionado são as organizações regionais no processo de compra conjunta de medicamentos essenciais, dispositivos médicos e outros equipamentos, que podem potencializar ações colaborativas. Além disso, são buscadas a coordenação de medidas de mobilidade para os cidadãos, proteção dos fluxos transfronteiriços de abastecimento médico e alimentar e a gestão estratégica dos recursos, entre outras ações²³. Por fim, há uma referência específica sobre a responsabilidade atribuída ao gestor municipal de saúde no planejamento e qualificação do processo permanente de regionalização em parceria com o gestor estadual e, este por sua vez junto à gestão federal²⁴.

O processo de PRI, de acordo com as diretrizes das Resoluções CIT nº 23/2017 e 37/2018 deve ser instituído e coordenado pela Secretaria Estadual de Saúde, em articulação com os municípios e participação da União, a partir da configuração das regiões de saúde definidas na CIB. Conforme tais diretrizes, esse processo de planejamento regional deve ocorrer no espaço macrorregional, pois entende-se que é nesse espaço ampliado que se organiza a RAS, contemplando também os serviços de alta complexidade, e tem dessa forma, escala necessária para a sustentabilidade desses serviços².

Outro elemento destacado em alguns artigos está relacionado à implantação de consórcios como instrumento de gestão e, especificamente consórcios de saúde na política de regionalização, viabilizando aos gestores, resultados melhores na oferta de serviços regionalizados¹⁴.

As potências acima elencadas para o processo de regionalização encontram consonância no desvelamento de desfechos que poderão impulsionar a prática do planejamento e da governança na região, por meio da gestão estadual ou de municípios-polo, privilegiando maior adensamento dos desenhos regionais²⁵.

Dessa forma, a ampliação de oferta e a cogestão de serviços de saúde, a absorção de experiências exitosas e a indução estadual no fortalecimento das políticas regionais se constituem num fator propulsor do desenvolvimento regional com fortalecimento da governança local. O artigo indica que na visão dos gestores, há avanços na regionalização, mas é preciso fortalecê-la¹¹.

No tocante ao aspecto educacional entende-se que as instituições formadoras atuam como mobilizadoras e, ao mesmo tempo, favorecidas do desenvolvimento regional. O desenvolvimento de recursos humanos, a partir da identificação de necessidades educacionais pode facilitar o processo de formação, capacitação e educação permanente em saúde (EPS).

A EPS tem se constituído como uma ferramenta para transformação do trabalho em saúde, na perspectiva da elaboração de projetos que contemplem a necessidade de aprendizagem permanente e desenvolvimento de habilidades para os profissionais da saúde, sendo que o uso de uma metodologia baseada na problematização das práticas e a capacitação técnica via as Escolas de Saúde Pública ou das Comissões Integradas de Ensino e Serviço, pode produzir um saber específico sobre regionalização²².

O contexto da crise política, institucional e econômica do período recente, pós 2015, trouxe barreiras que se minimizaram as possibilidades de interlocução entre atores das políticas setorial e intersetorial, dificultando a criação de propostas conjuntas para a concretização dos princípios fundantes do SUS. Em geral, as iniciativas que conseguiram se consolidar foram lideradas pela gestão estadual ou municípios – polo que desejaram organizar os fluxos assistenciais e de regulação a partir de uma perspectiva de maior adensamento regional nos territórios. Ainda há a necessidade de avançar na organização de redes de atenção à saúde que se estabeleçam a partir das necessidades de saúde regionais. As assimetrias federativas e o baixo desenvolvimento de relações intergovernamentais entre as instâncias de planejamento/negociação/deliberação ainda são obstáculos aos processos organizativos da forma cooperativa e pactuada nas instâncias de governança regional do SUS

²⁵.

Dentre os arranjos organizativos que estão sendo experimentados no contexto do SUS estão os Consórcios Públicos de Saúde (CPS). O caráter colaborativo dos CPS auxilia na organização das estratégias de gestão e na articulação entre pares para o planejamento conjunto e construção de alternativas viáveis no território regional. Trazendo estes elementos para a discussão da gestão do trabalho e da educação de base territorial, os CPS podem se constituir em agentes organizadores das necessidades e do desenvolvimento de processos de

educação permanente e continuada, quer seja junto às equipes gestoras ou equipes assistenciais, sendo que após essa iniciativa por parte de alguns municípios, os mesmos se tornaram demandantes de estratégias de formação para as equipes da Atenção Primária à Saúde¹³.

Os Consórcios são apontados ainda como fundamentais no desenvolvimento de processos de educação permanente e continuada, quer seja junto às equipes gestoras ou equipes assistenciais, sendo que após essa iniciativa por parte de alguns municípios, os mesmos se tornaram demandantes de estratégias de formação para as equipes da Atenção Primária à Saúde¹³.

As fragilidades no processo de planejamento regional e nas estruturas das redes de atenção à saúde podem ser vinculadas aos orçamentos da atenção primária, devido às dificuldades na transferência de recursos; à escassez dos espaços de participação social referenciados nas regiões de saúde e suas necessidades e ao fato de os Conselhos Municipais se limitarem a perceber os problemas apenas em seus municípios, desconsiderando a visão regional. Ainda se reconhece a fragilidade no uso dos instrumentos de planejamento e gestão definidos pelo Decreto, que instituiu o Pacto pela Saúde²⁷.

Outros elementos que contribuem para este cenário podem ser os conflitos de interesses e as dificuldades no planejamento regional, que contemplem as necessidades e especificidades do território; a dificuldade de encontrar dispositivos que incluam, na agenda da CIR, a governança compartilhada; fragilidade dos colegiados regionais e o entendimento reducionista que reduz a ferramenta a um caráter meramente pedagógico, sem o componente ético-metodológico na mudança das práticas de trabalho em saúde. Por fim, faltam capacidades e capacitações para liderar, nacional e subnacionalmente, pactos e contratos socioespaciais, engendrando coerências estruturadas e sistêmicas, que possam promover um reformismo radical da organização e gestão do SUS^{13,19}.

Os desafios acima elencados podem evidenciar cenários diferentes. Um, em que a formulação da macropolítica de regionalização enfrenta dificuldades devido à escassez de recursos financeiros, precariedade da infraestrutura do sistema, fragilidades na governança regional e dificuldades no provimento das ações e serviços, sobretudo os de média e alta complexidade. Outro, em que a Comissão Intergestora Regional, como espaço de tomada de decisão e fortalecimento da governança regional, carece de mais envolvimento de atores externos a ela, como a sociedade civil organizada¹¹.

No foco educacional, as fragilidades estão na compreensão sobre o que é EPS, vinculando-a à noção de educação continuada; em grande parte, as instituições formadoras ainda reproduzem um modelo de pouco diálogo com outros setores. O incentivo por parte do governo federal, em fortalecer essa política, reafirmando sua função estratégica para o SUS, ainda era – até 2022 - insuficiente.

Autores²⁸ consideram que a inserção profissional em cenários de prática permite a reflexão e introduz mudanças no processo de trabalho, provocando uma ação-reflexão-ação, que pode ser compreendida como a oportunidade para que a educação se desenvolva como um processo dinâmico na construção do conhecimento.

Entende-se que para desenvolver e qualificar toda a equipe, a EPS precisa estar vinculada a propostas educativas que problematizem o trabalho e sua prática, a partir do cotidiano, valorizando processos reflexivos e colaborativos de aprendizagem³¹. Para tanto, o pressuposto para esta ação é a interação democrática, participativa e com protagonismo compartilhado entre trabalhadores e usuários, com vistas ao controle social, integrando a gestão do trabalho em saúde²⁹.

A EPS traz uma nova forma de pensar a construção de conhecimento e o processo educacional articulado ao trabalho: processos educacionais permanentes e ações constantes visando ao desenvolvimento de profissionais da saúde, de forma não centralizada, tendo o pressuposto da transdisciplinariedade, considerando diversas áreas do saber e democratização dos espaços de trabalho, na perspectiva de mudanças do mundo do trabalho²⁹.

Agregar o conhecimento técnico de cada participante é provocar a ancoragem desses sujeitos com seu saber prévio e, a partir daí, oferecer aporte teórico sobre assuntos menos conhecidos. Essa relação permite ao trabalhador desenvolver uma linha de concepção do aprendizado, a partir do que ele conhece, trabalha, organiza, aprende, permitindo que inove ou proponha mudanças no processo de trabalho³⁰.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os autores dos estudos revisados expressam conceitos sobre Regionalização em Saúde, a partir do que o Ministério da Saúde propõe como diretrizes para articulação da Rede de Atenção à Saúde, com vistas à integralidade do cuidado. Ainda que, os artigos não indiquem relação direta da proposta de Regionalização com pressupostos teóricos-conceituais da Educação Permanente em Saúde há implicação direta da importância de trabalhadores da saúde refletirem sobre o processo de trabalho, que envolve atenção à saúde junto com as

dimensões de gestão e educacional. Os estudos, frente à compreensão da regionalização como proposta de política pública, indicam diversas potencialidades e desafios, que perpassam as instâncias de governança e financiamento, de ordem federal, estadual e/ou municipal. Destaca-se o desafio da equidade territorial a ser enfrentado para a concretização da diretriz da integralidade no SUS²⁶.

5.1 Limites do estudo

Pela opção metodológica, que definiu como fonte de análise artigos em periódicos e com abordagem qualitativa, é possível que outras fontes como dissertações de mestrado, teses de doutorado e/ou documentos do Ministério da Saúde do Brasil e de algumas unidades federativas do país possam indicar outros elementos estratégicos para o tema. Conscientes dos limites, entende-se este estudo como um possível disparador para futuras análises, inclusive por meio de relatos de experiências de implementação da regionalização, bem como outras pesquisas de abordagem qualitativa, que incorporem sujeitos estratégicos dos níveis federal, estadual e municipal na percepção de potencialidades e desafios do cotidiano de trabalho, assim como reconhecimento da educação permanente em saúde como estratégia para a articulação de ações que impliquem os trabalhadores na busca contínua e permanente de qualificação do SUS.

REFERÊNCIAS

1. Fundação Nacional de Saúde (BR). Cronologia histórica da saúde pública [Internet]. Brasília (DF): Funasa; 2017 [citado em 10 jul 2023]. Disponível em: <http://www.funasa.gov.br/cronologia-historica-da-saude-publica>
2. Ministério da Saúde (BR). Departamento de Gestão Interfederativa e Participativa. Regionalização [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2021 [citado em 15 jun 2023]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/se/dgip/regionalizacao>
3. Comissão Intergestores Tripartite (BR). Resolução de Consolidação CIT nº 1, de 30 de março de 2021. Consolida as resoluções da Comissão Intergestores Tripartite do Sistema Único de Saúde [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2021. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/acao-a-informacao/gestao-do-sus/articulacao-interfederativa/cit/pautas-de-reunioes-e-resumos/2021/marco/2-a-consolidacao_resolucoes_cit_29-03-2021_v_final.pdf
4. Mendes-Gonçalves RB. Prática de saúde: processo de trabalho e necessidades. In: Ayres JRCM, Santos L, organizadores. Ricardo Bruno Mendes-Gonçalves: saúde, sociedade e história. São Paulo: Hucitec; Porto Alegre: Rede Unida; 2017. p. 298-374. (Saúde em Debate).

5. Signor E, Silva LAA, Gomes IEM, Ribeiro RV, Kessler M, Weiller TH, et al. Educação permanente em saúde: desafios para a gestão em saúde pública. Rev Enferm UFSM. 2015;5(1):1-11. doi: 10.5902/2179769214766
6. Santos PF, Pedrosa KA, Pinto JR. A educação permanente como ferramenta no trabalho interprofissional na Atenção Primária à Saúde. Tempus Actas Saude Colet. 2016;10(3):177-89. doi: 10.18569/tempus.v10i3.1641
7. Santos AR. Educação permanente em saúde: cartografias de uma rede de atenção [dissertação na Internet]. Jequié: Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia; 2015 [citado em 18 ago 2023]. Disponível em: <http://www2.uesb.br/ppg/wp-content/uploads/2017/03/SANTOS-Adilson-Ribeiro.-Mestrado-em-Enfermagem-UESB-20151.pdf>
8. Xavier DR, Oliveira RAD, Barcellos C, Saldanha RF, Ramalho WM, Laguardia J, et al. As Regiões de Saúde no Brasil segundo intenações: método para apoio na regionalização de saúde. Cad Saude Publica. 2019;35 Supl 2:e00076118. doi: 10.1590/0102-311X00076118
9. Silva RCF, Santos ERR, Martelli PJL, Lorena Sobrinho JE, Souto CCL. A governança e o planejamento na perspectiva regional de saúde. Physis. 2020;30(3):e300331.
10. Leal EMM, Silva FS, Oliveira SRA, Pacheco HF, Santos FAZ, Gurgel Junior GD. Razões para a expansão de consórcios intermunicipais de saúde em Pernambuco: percepção dos gestores estaduais. Saude Soc. 2019;28(3):128-42.
11. Shimizu HE, Carvalho ALB, Brêtas Junior N, Capucci RR. Regionalização da saúde no Brasil na perspectiva dos gestores municipais: avanços e desafios. Cien Saude Colet. 2021;26 Supl 2:3385-96. doi: 10.1590/1413-81232021269.2.23982019
12. Almeida PF, Giovanella L, Martins Filho MT, Lima LD. Redes regionalizadas e garantia de atenção especializada em saúde: a experiência do Ceará, Brasil. Cien Saude Colet. 2019;24(12):4527-40. doi: 10.1590/1413-812320182412.25562019
13. Andrade SKV, Mendonça FF, Endlich AM, Gonzalez AD. Consórcio público de saúde no processo de regionalização: análise sob o enfoque da ação coletiva. Physis. 2022;32(1):e320107.
14. Mendonça LOM. Consórcios Intermunicipais de Saúde (CIS) como mecanismos de coordenação federativa para construção da regionalização: papel, possibilidades e limites [dissertação]. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro; 2022. 195 p.
15. Pereira VOM, Shimizu HE, Ramos MC, Fagg CW. Regionalização em saúde em Minas Gerais: uma análise da percepção dos representantes de Comissões Intergestores Regionais. Physis. 2020;30(1):e300117.
16. Teixeira CF. Por uma análise política dos impasses da regionalização do SUS. Caderno Saúde Publica. 2019;35 Supl 2:e00077019. doi: 10.1590/0102-311X00077019
17. Fagnani E. Equidade e regionalização da saúde na contracorrente. Caderno Saúde Pública. 2019;35 Supl 2:e00120819. doi: 10.1590/0102-311X00120819
18. Lima LD, Albuquerque MV, Scatena JHG, Melo ECP, Oliveira EXG, Sá Carvalho M, et al. Arranjos regionais de governança do Sistema Único de Saúde: diversidade de prestadores e desigualdade espacial na provisão de serviços. Caderno Saúde Pública. 2019;35 Supl 2:e00094618.

19. Brandão CA. Desigualdades múltiplas na saúde e sua regionalização. *Cad Saude Publica*. 2019;35 Supl 2:e00079819. doi: 10.1590/0102-311X00079819
20. Rossetti LT, Seixas CT, Castro EAB, Friedrich DBC. Educação permanente e gestão em saúde: a concepção de enfermeiros. *Rev Pesqui Cuid Fundam Online*. 2019;11(1):129-34. doi: 10.9789/2175-5361.2019.v11i1.129-134
21. Silva AL. A potencialidade da educação permanente em saúde na gestão da atenção básica em saúde [trabalho de conclusão de residência]. Serra Talhada: Escola de Governo em Saúde Pública de Pernambuco; 2020. 29 p.
22. Magnago C, Vieira SP, Ney MS, Miranda RG, Girardi SN. Graduação em saúde: oferta e estratégias para o fortalecimento da regionalização do Sistema Único de Saúde. *Cad Saude Publica*. 2019;35 Supl 2:e00066018.
23. Finger D, Souza JB, Madureira VSF, Geremia DS, Tombini LHT. Redes de Atenção à Saúde: a percepção dos gestores municipais. *Rev Enferm Atenção Saúde*. 2021;10(1):e202105. doi: 10.18554/reas.v10i1.3699
24. Amaya AB, De Lombaerde P. Regional cooperation is essential to combatting health emergencies in the Global South. *Global Health*. 2021;17(1):9.
25. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (BR). Regionalização da saúde: posicionamentos e orientações [Internet]. Brasília (DF): Conasems; 2019 [citado em 22 jul 2023]. Disponível em: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/07/1102472/cartilha-regionalizacao_web-1.pdf
26. Viana ALA, Iozzi FL. Enfrentando desigualdades na saúde: impasses e dilemas do processo de regionalização no Brasil. *Cad Saude Publica*. 2019;35 Supl 2:e00022519. doi: 10.1590/0102-311X00022519
27. Oliveira VB, Bezerra AFB, Silva KSB, Sousa IMC. O processo de regionalização da saúde em um estado do Nordeste brasileiro. *Rev Baiana Saude Publica*. 2021;45(3):108-28.
28. Weykamp JM, Cecagno D, Vieira FP, Siqueira HCH. Educação permanente em saúde na Atenção Básica: percepção dos profissionais de enfermagem. *Rev Enferm UFSM*. 2016;6(2):281-9.
29. Silva LAA, Soder RM, Petry L, Oliveira IC. Educação permanente em saúde na Atenção Básica: percepção de gestores municipais de saúde. *Rev Gaucha Enferm*. 2017;38(1):e58779.
30. Silva CT. Educação permanente em saúde como um espaço intercessor de uma residência multiprofissional: estudo de caso [dissertação]. Santa Maria: Universidade Federal de Santa Maria; 2014.
31. Lima VV, Padilha RQ, organizadores. Reflexões e inovações na educação de profissionais de saúde. 1a ed. Rio de Janeiro: Atheneu; 2017.

Resposta da atenção primária ao modelo de governança do Ministério da Saúde no enfrentamento à pandemia de COVID-19 no Brasil.

Primary attention response to the governance model of the Ministry of Health in combat the COVID-19 pandemic In Brazil.

Respuesta de atención primaria al modelo de gobernanza del Ministerio de Salud en el abordaje de la pandemia de COVID-19 en Brasil.

Celmário Castro Brandão¹
Ana Valéria Machando Mendonça²
Maria Fátima De Sousa³

¹Universidade de Brasília (UnB) | celmariocb@gmail.com

² Universidade de Brasília (UnB) | valeriamendonca@gmail.com

³Universidade de Brasília (UnB) | mariafatimasousa09@gmail.com

RESUMO

É apresentada uma análise da resposta dos serviços às proposições feitas pelo Ministério da Saúde (MS) para o enfrentamento à pandemia de covid-19 no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS), levando em consideração o modelo de governança para o processo de formulação e implementação de tais políticas. Trata-se de estudo de análise de políticas utilizando-se de métodos mistos, com pesquisa documental e análise de dados de produção das equipes de APS, a partir da publicação de 6 portarias contendo proposições atreladas a repasses financeiros, visando estimular a realização de ações prioritárias pelas equipes na pandemia. Estas variáveis permitiram uma análise da resposta da APS a tais proposições, legitimando ou não o MS enquanto coordenador da rede de governança do SUS no cenário pandêmico. Ao se observar o efeito na produção das equipes ao 3º mês e na média entre o 4º e o 6º mês a partir da publicação das portarias percebeu-se que, na maioria das situações, as normativas não produziram qualquer desfecho de incremento de produção pelas equipes nas variáveis elencadas. Levando em consideração que mais de R\$1,7 bilhões foram aportados pelas portarias, esperava-se um aumento substancial na produção das equipes. Entretanto, acredita-se que houve uma deterioração da rede de governança do MS a ponto de prejudicar a sua condução e orientação da política de enfrentamento à pandemia na APS, evidenciada pela baixa produção das equipes nas variáveis em estudo.

Palavras-chave: Governança em saúde, política de saúde, atenção primária à saúde, pandemia, covid-19.

ABSTRACT

This study presents an analysis of the response of services to proposals made by the Ministry of Health to address the COVID-19 pandemic within the scope of Primary Health Care (PHC), taking into account the governance model for the formulation and implementation of such policies. It is a policy analysis study using mixed methods, with documentary research and analysis of production data from PHC teams, based on the publication of 6 ordinances containing proposals linked to financial transfers, aimed at stimulating the implementation of priority actions by the teams during the pandemic. These variables allowed an analysis of the PHC response to these proposals, legitimizing or not the Ministry of Health as coordinator of the SUS governance network in the pandemic scenario. Observing the effect on team production at the 3rd month and the average between the 4th and 6th months after the publication of the ordinances, it was noticed that, in most situations, the regulations did not produce any outcome of increased production by the teams in the variables listed. Considering that more than R\$1.7 billion was allocated through the ordinances, a substantial increase in the teams' output was expected. However, it is believed that the Ministry of Health's governance network

deteriorated to the point of impairing its management and guidance of the pandemic response policy within PHC, as evidenced by the teams' low output regarding the variables under study.

Keywords: Governance in health, health policy, primary health care, pandemic, Covid-19.

RESUMEN

Este estudio presenta un análisis de la respuesta de los servicios a las propuestas del Ministerio de Salud (MS) para abordar la pandemia de COVID-19 en el ámbito de la Atención Primaria de Salud (APS), considerando el modelo de gobernanza para la formulación e implementación de dichas políticas. Se trata de un estudio de análisis de políticas con métodos mixtos, con investigación documental y análisis de datos de producción de los equipos de APS, basado en la publicación de seis ordenanzas que contienen propuestas vinculadas a transferencias financieras, con el objetivo de estimular la implementación de acciones prioritarias por parte de los equipos durante la pandemia. Estas variables permitieron analizar la respuesta de la APS a estas propuestas, legitimando o no al MS como coordinador de la red de gobernanza del SUS en el escenario de la pandemia. Al observar el efecto en la producción de los equipos al tercer mes y el promedio entre el cuarto y el sexto mes tras la publicación de las ordenanzas, se observó que, en la mayoría de los casos, las regulaciones no generaron un aumento de la producción de los equipos en las variables enumeradas. Considerando que se asignaron más de R\$ 1.700 millones mediante las ordenanzas, se esperaba un aumento sustancial en la producción de los equipos. Sin embargo, se cree que se ha producido un deterioro en la red de gobernanza de los Estados miembros hasta el punto de obstaculizar su gestión y orientación de la política de respuesta a la pandemia en la atención primaria de salud, como lo demuestra el bajo rendimiento de los equipos en las variables estudiadas.

Palabras clave: Gobernanza en salud, política de salud, atención primaria de salud, pandemia, COVID-19.

INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS), criado em 1990, vem se consolidando com uma forte tradição democrática e um robusto arcabouço legal que define o pacto federativo entre União, estados e municípios, com uma estrutura clara de governança e diretrizes nacionais relacionadas à redistribuição de recursos, implementação descentralizada e espaços institucionais de participação social e negociação intergovernamental^{1,2,3,4}. Nesta estrutura, a implementação e gestão dos serviços de Atenção Primária à Saúde (APS) ficam sob a responsabilidade dos municípios, com financiamento e definição de diretrizes gerais de funcionamento compartilhados com a União e os estados².

A ampla rede de APS, presente em todos os municípios brasileiros, bem como seus papéis de ordenadora da rede de atenção à saúde, responsabilização territorial e abordagem comunitária, a colocam em uma posição estratégica para executar e articular as ações intersetoriais necessárias ao enfrentamento à pandemia de covid-19 no SUS^{5,6}. O primeiro caso da doença foi registrado no Brasil em 26 de fevereiro de 2020, mas desde o dia 03 do mesmo mês o Ministério da Saúde (MS) já havia declarado a Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN)^{6,7,8}.

O financiamento de ações voltadas ao enfrentamento à pandemia de covid-19 no âmbito da APS brasileira teve início de maneira incremental, por meio da expansão do

Programa Saúde na Hora, em março de 2020, e se intensificou a partir de maio do mesmo ano, com a aprovação, pelo Congresso Nacional, da Emenda Constitucional n.º 106/2020, que instituiu o denominado “orçamento de guerra” para o enfrentamento da calamidade pública nacional decorrente da pandemia. Desde então, foram publicadas diversas portarias instituindo ações e direcionando recursos para o funcionamento regular da APS e para sua atuação no enfrentamento à covid-19.

Entretanto, a postura omissa e negacionista do governo federal brasileiro, sobretudo na pessoa do Presidente da República ^{9,10}, já levantava questionamentos acerca da governança do MS, para a coordenação do enfrentamento à pandemia nacionalmente. Embora a literatura nacional reconheça as grandes dificuldades no combate à pandemia em decorrência dessa ausência de coordenação central ^{1,3,5,7,9,11}, não foram identificados trabalhos que abordem a perspectiva da governança no cenário da APS.

A definição de governança mais recorrente na literatura envolve a maneira pela qual o poder é exercido na administração dos recursos sociais e econômicos de um país, visando seu desenvolvimento, o que implica na capacidade dos governos de planejar, formular e implementar políticas e desenvolver suas funções ^{12,13}.

O presente trabalho apresenta uma análise da resposta dos serviços às proposições feitas pelo MS para o enfrentamento à pandemia de covid-19 no âmbito da APS, levando em consideração o modelo de governança no MS para o processo de formulação e implementação de tais políticas. O trabalho integra pesquisa de doutorado intitulada “governança federal na gestão da atenção básica à saúde para o enfrentamento à pandemia de covid-19 no Brasil”, vinculada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Brasília (PPGSC/UnB).

MÉTODO

Trata-se de um estudo de análise de políticas utilizando-se de métodos mistos para compreender a resposta da APS à orientação política do MS para o enfrentamento à pandemia de covid-19 no Brasil. Esse tipo de estudo toma as políticas como variáveis dependentes e tenta compreendê-las em termos de fatores sociais, econômicos, tecnológicos, entre outros ¹⁴.

Foi realizada análise documental dos “Relatórios Avanços e Desafios da Atenção Primária à Saúde – Balanço das Ações” dos anos de 2020 e 2021 ^{15,16}, publicados pela Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS/MS). Destes documentos, foram selecionadas seis portarias, as quais haviam instituído repasses financeiros atrelados a diretrizes gerais de

expansão do acesso, manutenção do funcionamento da APS e realização de ações específicas direcionadas a grupos populacionais pré-determinados. O critério essencial para a seleção das portarias foi a disponibilidade de dados de monitoramento nos relatórios públicos do, então, Sistema de Informações em Saúde para a Atenção Básica (SISAB) do MS.

Todos os repasses financeiros definidos pelas normativas eram excepcionais, com transferências automáticas em parcela única, sem a necessidade de adesão pelos municípios. A única exceção foi a portaria n.º 430/2020 (programa Saúde na Hora Emergencial), na qual os repasses eram mensais, restritos a municípios que não haviam feito adesão ao Saúde na Hora “convencional”¹⁵.

A partir de leitura do conteúdo das portarias e dos relatórios emergiram 19 variáveis selecionadas com base nas ações que deveriam ser desenvolvidas pelas equipes em atuação na APS (equipes de Saúde da Família/eSF, equipes de Atenção Primária/eAP e equipes de Consultório na Rua/eCR) e informadas nos sistemas de informações oficiais, para o alcance dos objetivos estratégicos de cada portaria (Quadro 1). Dentre estas variáveis 11 são necessariamente relacionadas a atendimentos individuais e 8 relacionadas a atividades coletivas e visitas domiciliares (6 e 2, respectivamente).

Quadro 1: Identificação das portarias, montante de recursos e respectivas variáveis de análise das ações propostas.

Port.	Ementa	Diretriz principal / público prioritário	Valor	Variáveis
Portaria n.º 430, de 19 de março de 2020.	Estabelece incentivo financeiro federal de custeio no âmbito da APS, em caráter excepcional e temporário, com o objetivo de apoiar o funcionamento em horário estendido das UBS no país, para enfrentamento da ESPIN (covid-19).	Funcionamento em horário estendido das Unidades, possibilitando maior acesso a assistência, diagnóstico, tratamento, prevenção, controle do surto e interrupção da cadeia de transmissão da covid-19.	R\$ 125.385.000,00 (repassados de 03 a 09/2020 para unidades que cumpriram os requisitos do Saúde na Hora Emergencial).	1.a – Nº de atendimentos individuais, por mês. 1.b – Nº de atividades coletivas [†] do tipo educação em saúde, por mês.
Portaria n.º 894, de 11 de maio de 2021.	Institui, em caráter excepcional, incentivos financeiros federais de custeio no âmbito da Atenção Primária à Saúde, a serem transferidos, em parcela única, aos municípios e Distrito Federal, para enfrentamento da Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) decorrente da Covid-19.	Incentivo financeiro <i>per capita</i> . Auxiliar a manutenção do funcionamento de serviços na APS, qualificando a realização de visitas e atendimentos domiciliares; ações de prevenção, atenção à saúde, educação em saúde; identificação precoce e manejo de casos, acompanhamento, reabilitação e monitoramento das possíveis sequelas pós covid-19.	R\$ 395.076.595,00 (repassados em parcela única, sem necessidade de adesão).	
		Incentivo financeiro para cuidado em saúde das pessoas idosas. Ampliação das visitas	R\$ 120.143.804,00	2.a – Nº de atendimentos individuais realizados na

		e atendimentos domiciliares às pessoas idosas com limitações funcionais ou fragilidade, acompanhamento/ monitoramento daquelas que residem sozinhas; atendimento integral em saúde aos idosos residentes em instituições de acolhimento e o suporte às equipes destas instituições para o desenvolvimento de ações de prevenção à infecção pelo Sars-CoV-2.	(repassados em parcela única, sem necessidade de adesão).	UBS a pessoas idosas (>60 anos), por mês. 2.b - Nº de atendimentos individuais realizados em outros locais (domicílio, abrigos etc.) a pessoas idosas (>60 anos), por mês. 2.c - Nº de atividades coletivas (tipo: educação em saúde; atendimento em grupo; e avaliação/procedimento coletivo) voltadas ao público idoso, por mês.
		Incentivo financeiro para atenção à saúde de crianças menores de 7 anos de idade e gestantes do Programa Bolsa Família que apresentam má nutrição. Busca ativa e localização para diagnóstico do estado nutricional; implementação de ações integradas e de caráter familiar e comunitário para a segurança alimentar, a promoção da saúde, a prevenção, o controle e o tratamento da má nutrição nesse público; intensificação no número de atendimentos individuais nesse público, nas UBS.	R\$ 345.432.001,15 (repassados em parcela única, sem necessidade de adesão).	3.a - Nº de atendimentos individuais a crianças de 0 a 7 anos, tendo desnutrição como problema/condição avaliada, por mês. 3.b - Nº de atendimentos individuais a crianças de 0 a 7 anos, tendo obesidade como problema/condição avaliada, por mês. 3.c - Nº de atividades coletivas tendo como público crianças de 0 a 5 anos*, com o tema “alimentação saudável”, por mês. 3.d - Nº de atividades coletivas tendo como público gestantes, com o tema “alimentação saudável”, por mês.
Portari a n.º 2.222, de 25 de agosto de 2020.	Institui, em caráter excepcional e temporário, Ações Estratégicas de Apoio à Gestação, Pré-Natal e Puerpério e o incentivo financeiro federal de custeio para o enfrentamento da ESPIN decorrente da pandemia do coronavírus.	Identificação precoce, acompanhamento e monitoramento de gestantes e puérperas com síndrome gripal, síndrome respiratória aguda grave ou com suspeita ou confirmação de covid-19; qualificação das ações de atenção ao pré-natal, parto e puerpério.	R\$ 259.888.395,00 (repassados em parcela única, sem necessidade de adesão).	4.a - Nº de atendimentos individuais tendo o pré-natal como problema/condição avaliada, por mês. 4.b - Nº de atendimentos individuais tendo o puerpério (até 42 dias) como problema/condição avaliada, por mês.
Portari a n.º 731, de 16 de abril de 2021.	Institui, em caráter excepcional e temporário, incentivo financeiro federal de custeio para desenvolvimento de ações estratégicas de apoio à gestação, pré-natal e puerpério, com vistas ao enfrentamento da ESPIN decorrente da pandemia do coronavírus.	Identificação precoce, monitoramento de gestantes e puérperas com síndrome gripal, síndrome respiratória aguda grave ou com suspeita ou confirmação de covid-19; qualificação das ações de atenção ao pré-natal, parto e puerpério em todos os pontos da RAS, no contexto da pandemia de coronavírus.	R\$ 247.052.324,92 (repassados em parcela única, sem necessidade de adesão).	4.c - Nº de visitas domiciliares** para acompanhamento de gestantes, por mês. 4.d - Nº de visitas domiciliares para acompanhamento de puérperas, por mês.

Portaria n.º 2.994, de 29 de outubro de 2020.	Institui, em caráter excepcional e temporário, incentivo financeiro federal para atenção às pessoas com obesidade, diabetes mellitus ou hipertensão arterial sistêmica no âmbito da APS, no SUS, no contexto da ESPIN decorrente da pandemia do novo coronavírus.	Atenção às pessoas com obesidade, diabetes mellitus ou hipertensão arterial sistêmica no âmbito da APS, por meio da organização da assistência, buscando a redução de complicações associadas à covid-19, incluindo ações de promoção da saúde e de prevenção; fortalecer a atenção integral, priorizando a assistência terapêutica multiprofissional na APS; fortalecer a prevenção da transmissão do coronavírus nesse público na APS.	R\$ 221.811.937,50 (repassados em parcela única, sem necessidade de adesão).	5.a - Nº de atendimentos individuais tendo hipertensão arterial como problema/condição avaliada, por mês. 5.b - Nº de atendimentos individuais tendo diabetes como problema/condição avaliada, por mês. 5.c - Nº de atendimentos individuais tendo obesidade como problema/condição avaliada, por mês. 5.d - Nº de atividades coletivas do tipo educação em saúde, tendo como público-alvo pessoas com doenças crônicas, por mês.
Portaria n.º 1.253, de 18 de junho de 2021.	Institui, em caráter excepcional, incentivo financeiro federal de custeio aos municípios e Distrito Federal com eCR, para o enfrentamento da ESPIN decorrente da covid-19.	Incentivo financeiro destinado aos municípios e DF, para apoio na manutenção do funcionamento das eCR para o enfrentamento da Covid-19, conforme as necessidades sanitárias e epidemiológicas apresentadas no contexto local.	R\$ 2.813.812,52 (repassados em parcela única, sem necessidade de adesão).	6.a - Nº de atendimentos individuais realizados por eCR, por mês. 6.b - Nº de atividades coletivas (educação em saúde, atendimento em grupo, avaliação / procedimento coletivo) realizadas por eCR, por mês.

Fonte: Autoria própria.

†Embora tenham sido publicadas orientações restringindo as atividades coletivas a alguns públicos, as portarias sempre definem educação em saúde como uma das ações a serem realizadas. A única forma de se obter dados de educação em saúde no SISAB é por meio dos relatórios de atividades coletivas.

*O relatório público de atividade coletiva do SISAB não fornece estratificação de faixa etária com limite em 7 anos, o próximo estrato acima de 5 anos é 6 a 11 anos de idade. Assim, optou-se por uma amostra dentro da faixa etária direcionada pela portaria.

** O manual do e-SUS APS (https://cgiap-saps.github.io/Manual-eSUS-APS/docs/CDS/CDS_07/) orienta que exclusivamente agentes comunitários de saúde (ACS) e agentes de combate às endemias (ACE) devem registrar “Visita Domiciliar e Territorial” no sistema, ou seja, os dados levantados no trabalho referem-se exclusivamente à produção por estas duas categorias profissionais.

A fim de dimensionar os efeitos da publicação das portarias nas respectivas variáveis, foi realizada análise de dados secundários, extraídos do SISAB entre 23 e 26 de agosto de 2022, relativos à produção das equipes da APS entre 01 de janeiro de 2020 e 31 de dezembro de 2021. Também foram extraídos os dados de números de casos de covid-19, mês a mês, ao longo do mesmo período, disponíveis no painel coronavírus do MS (<https://covid.saude.gov.br/>).

Os dados foram apresentados em tabelas e gráficos sobre os quais também foram plotadas as datas de publicação das respectivas portarias ministeriais, permitindo a visualização do comportamento, ou dos “desfechos” – demarcados a partir do cruzamento da

marcação da data de publicação da portaria na série histórica de produção em cada variável –, de incremento ou de decréscimo na produção das equipes em atuação na APS, após a publicação das normativas que poderiam influenciar em cada variável.

A análise e discussão dos resultados foram realizadas sinteticamente com base no efeito de cada portaria em suas respectivas variáveis e sistematizadas sob quatro perspectivas. Primeiramente foi analisado o crescimento real da produção em cada variável ao 3º mês após a publicação de cada portaria. A escolha do 3º mês justifica-se pelo fato de ter decorrido tempo suficiente para que ocorresse a efetivação do crédito financeiro nas contas de cada município, a publicação pelas instituições e apropriação pelos trabalhadores de conteúdos de apoio (notas técnicas, manuais, instrutivos etc.) relacionados às diretrizes de cada portaria, e o tempo necessário para a eventual aquisição de insumos, recrutamento e qualificação de novos profissionais, entre outras iniciativas necessárias ao alcance dos objetivos das portarias.

A segunda perspectiva analítica se deu em torno do padrão de resposta dos serviços na média entre o 4º e o 6º mês após o mês de publicação das portarias. A escolha deste período para observação fundamenta-se na possibilidade de eventuais elevações tardias da produção, ou posteriores ao 3º mês, e caso tenha havido elevação neste 3º mês, da sustentabilidade do padrão ou perenidade no crescimento.

Na sequência foi realizada uma breve discussão sobre o montante financeiro definido nas portarias e repassado aos municípios, relacionando-o ao potencial de crescimento da produção caso esta dependesse estritamente de financiamento, bem como sobre a definição de prioridades na alocação dos recursos e monitoramento das ações.

Por fim, amparadas no referencial de governança em políticas públicas^{12,17,18,19}, foram feitas considerações acerca do modelo de tomada de decisão e de gestão do MS, que podem ter influenciado os resultados das variáveis. Jarman²⁰ considera governança a primeira capacidade relevante do Estado para a resposta à covid-19, pois espera-se que ele seja a primeira linha de defesa na proteção da vida da população em tantas áreas envolvidas no enfrentamento à pandemia.

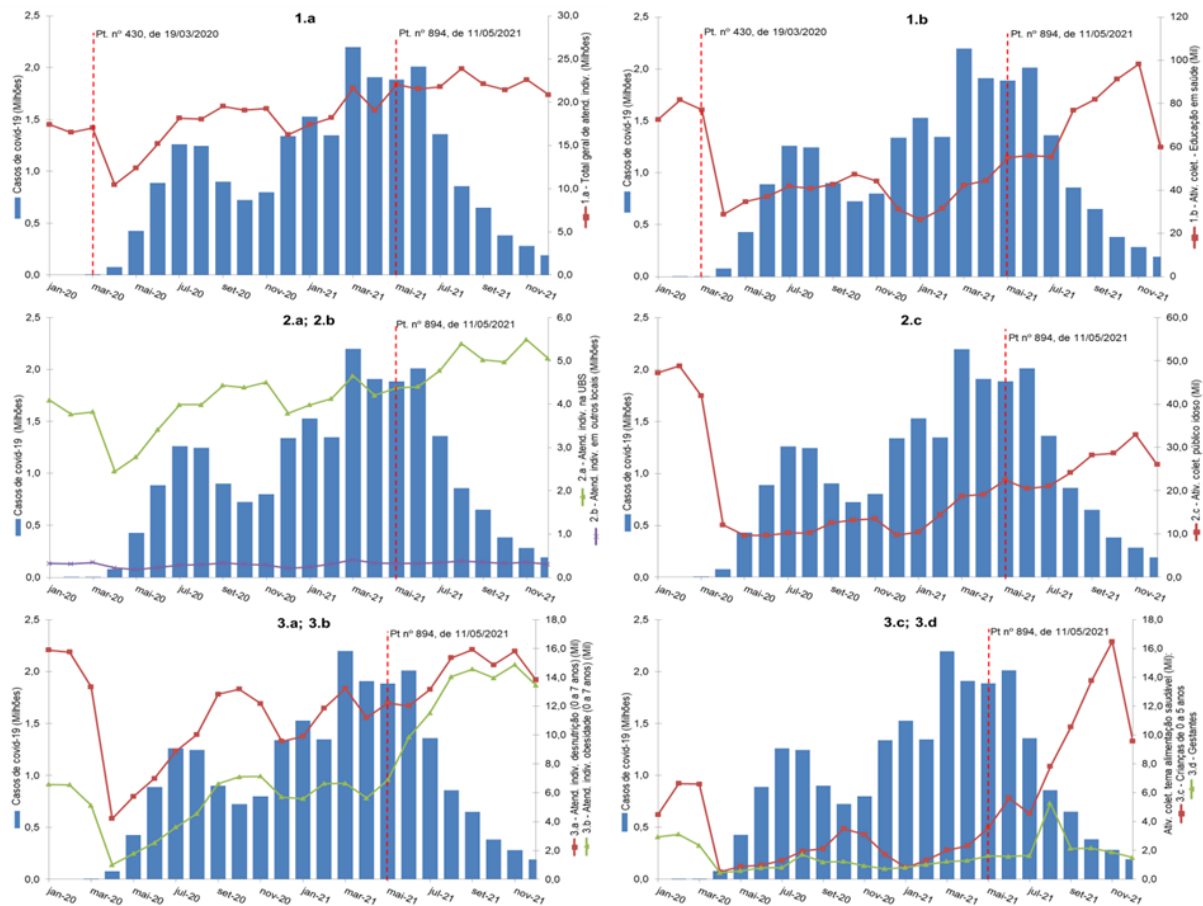
O estudo seguiu todos os preceitos éticos estabelecidos no Artigo 1º da Resolução CNS n.º 510/2016. Por tratar-se de estudo com dados secundários obtidos por meio de acesso a bases públicas, dispensou-se a apreciação por Comitê de Ética em Pesquisa.

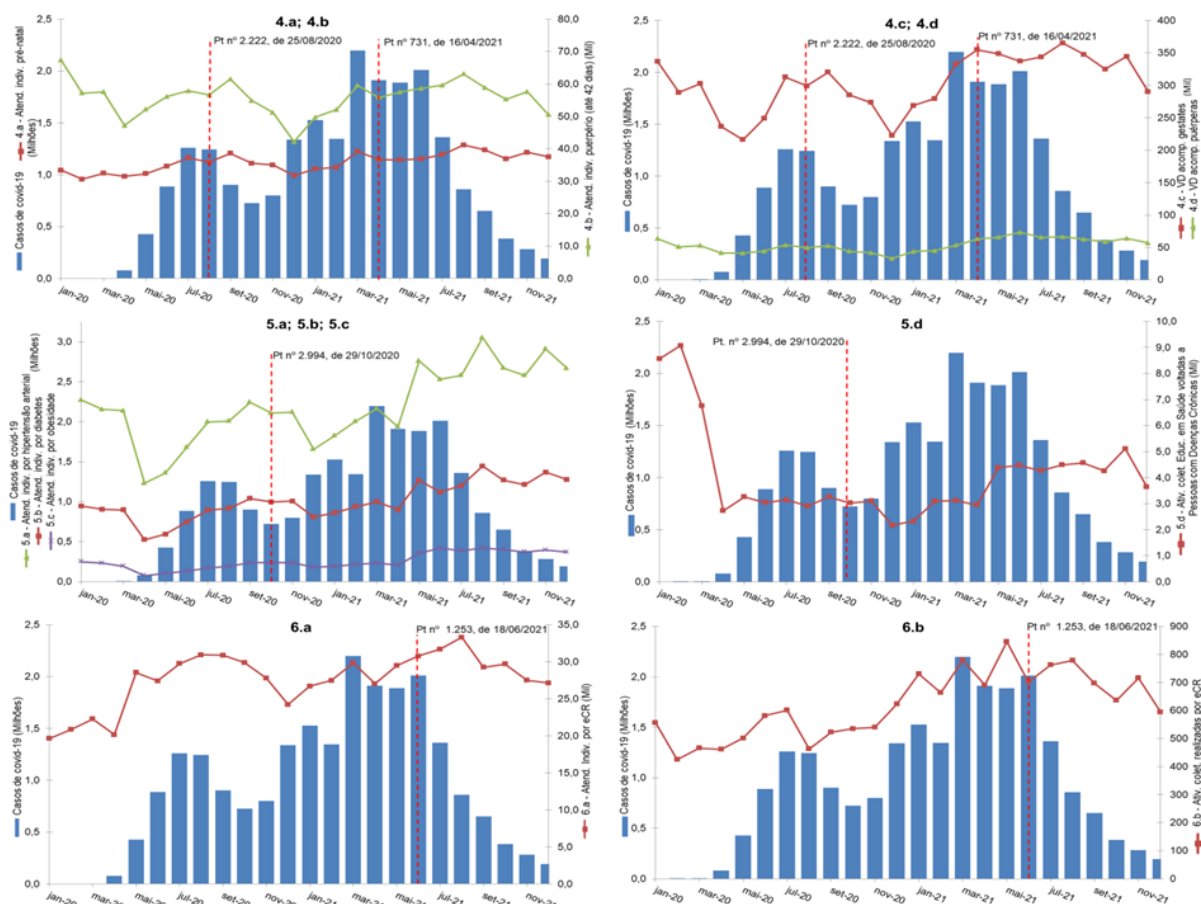
RESULTADOS E DISCUSSÃO

Ao observar os dados de casos de covid-19 e os registros de produção (Figura 01) é fundamental que se tenha como pano de fundo a influência positiva da redução no número de casos, ao longo das diversas “ondas” da pandemia, para a elevação dessa produção das ações pelas equipes em atuação na APS após seu expressivo decaimento no início da pandemia. Neste cenário, destaca-se o momento do início da vacinação contra a covid-19 no país, em que se torna ainda mais marcante a percepção de incremento de produção em grande parte das variáveis aqui selecionadas ²¹.

Sobretudo com o início da aplicação das segundas doses de vacinas, em meados de março de 2021, acredita-se em uma diminuição do absenteísmo no trabalho por parte dos profissionais de saúde, que passam a contrair menos a doença, ou têm garantida uma maior segurança aos que fazem parte dos grupos de risco para covid-19 ^{6,8,21}. Paralelamente, a população – imunizada – começa a readquirir confiança para buscar os serviços para continuidade dos cuidados que corriqueiramente recebiam ou para cuidados associados ao pós-covid-19.

Figura 1: Evolução da produção nas variáveis, data de publicação das portarias e n.º de casos de covid-19, 2020 e 2021.





Fonte: Autoria própria.

Além disso, houve incremento no número de eSF credenciadas pelo MS da ordem de 3,44% (de 45.196 para 46.751) entre dezembro de 2019 e dezembro de 2020 e de 3,63% (de 46.751 para 48.447) entre dezembro de 2020 e dezembro de 2021. As eAP tiveram seu custeio iniciado em 2020, fechando o ano com um total de 2.275 equipes credenciadas, e tiveram um aumento de 77,89% (de 2.275 para 4.047) entre dezembro de 2020 e dezembro de 2021¹⁶.

Parte-se do pressuposto, então, de que as quedas no número de casos de covid-19, a aplicação das segundas doses de vacinas e a ampliação no número de equipes credenciadas, por si só, já deveriam elevar a produção dessas ações, com destaque para o ano de 2021. Carece, então, de análise o efeito das propostas feitas pelo MS por meio das portarias aqui analisadas, na produção das equipes, podendo assim discutir, olhando para essa resposta, o modelo da governança federal para a sua construção e apresentação.

Nesse sentido, foram observados nas variáveis 25 desfechos (14 nas variáveis de atendimento individuais, 7 de atividades coletivas e 4 de visitas domiciliares) distintos de

incremento ou decréscimo de produção das ações pelas equipes a partir do mês de publicação das respectivas portarias (Figura 1 e Tabela 1).

Tabela 1: Dados de produção em cada variável no mês, ao 3º mês e na média do 4º ao 6º mês das publicações das portarias.

Va riá vel *	Portaria correspo ndente**	Prod. do mês de publica ção da portari a	Prod. ao 3º mês após a publicaçã o da portaria	Diferença entre a prod. ao 3º mês e a do mês da portaria	Evolução % ao 3º mês em relação ao mês da portaria	Média de prod. entre o 4º e o 6º mês após a publicação da portaria	Diferença da média de prod. entre o 4º e o 6º mês e o mês da portaria	Evolução % da média de prod. entre o 4º e o 6º mês e o mês da portaria
<u>1.a</u>	430/2020	17.037.4 45	15.197.16 5	-1.840.280	-10,8	18.585.535	1.548.090	9,1
	894/2021	22.063.2 95	23.892.73 7	1.829.442	8,3	22.056.414	-6.881	0,0
<i>1.b</i>	430/2020	77.102	37.077	-40.025	-51,9	41.770	-35.332	-45,8
	894/2021	55.054	76.814	21.760	39,5	90.508	35.454	64,4
<u>2.a</u>	894/2021	4.375.05 0	5.396.722	1.021.672	23,4	5.161.627	786.577	18,0
<u>2.b</u>	894/2021	317.808	374.529	56.721	17,8	341.585	23.777	7,5
<u>2.c</u>	894/2021	22.473	24.165	1.692	7,5	29.949	7.476	33,3
<u>3.a</u>	894/2021	12.208	15.364	3.156	25,9	15.534	3.326	27,2
<u>3.b</u>	894/2021	6.897	14.048	7.151	103,7	14.470	7.573	109,8
<i>3.c</i>	894/2021	3.587	7.827	4.240	118,2	13.607	10.020	279,3
<i>3.d</i>	894/2021	1.625	5.277	3.652	224,7	2.055	430	26,5
	2.222/2020	1.121.21 2	1.094.129	-27.083	-2,4	1.039.493	-81.719	-7,3
<u>4.a</u>	731/2021	1.144.66 4	1.194.162	49.498	4,3	1.226.319	81.655	7,1
	2.222/2020	56.599	51.243	-5.356	-9,5	48.001	-8.598	-15,2
<u>4.b</u>	731/2021	55.822	59.622	3.800	6,8	59.103	3.281	5,9
	2.222/2020	299.213	273.748	-25.465	-8,5	257.026	-42.187	-14,1
<i>4.c</i>	731/2021	354.957	343.808	-11.149	-3,1	346.018	-8.939	-2,5
	2.222/2020	49.609	41.815	-7.794	-15,7	40.669	-8.940	-18,0
<i>4.d</i>	731/2021	63.054	65.696	2.642	4,2	62.651	-403	-0,6
<u>5.a</u>	2.994/2020	2.108.25 3	1.825.046	-283.207	-13,4	2.037.411	-70.842	-3,4
<u>5.b</u>	2.994/2020	995.747	862.225	-133.522	-13,4	945.978	-49.769	-5,0
<u>5.c</u>	2.994/2020	237.816	190.832	-46.984	-19,8	217.704	-20.112	-8,5
<i>5.d</i>	2.994/2020	3.029	2.326	-703	-23,2	3.056	27	0,9
<u>6.a</u>	1.253/2021	30.756	29.249	-1.507	-4,9	28.115	-2.641	-8,6
<i>6.b</i>	1.253/2021	702	697	-5	-0,7	649	-53	-7,5

Fonte: Autoria própria.

*Código da variável sublinhado = variável relacionada a atendimentos individuais. *Código da variável em itálico* = variável relacionada a atividades coletivas e visitas domiciliares.

**Cada portaria representa uma situação (demarca incremento ou redução de produção a partir da portaria) distinta da variável.

Retomada da produção pelas equipes

A primeira perspectiva aqui discutida trata-se da manutenção regular ou do incremento da produção das equipes ao 3º mês após a publicação das portarias. Foram observadas quedas na produção ao 3º mês de publicação das portarias em 13 dos 25 desfechos aqui demonstrados. No que se refere aos atendimentos individuais houve 7 (50%) desfechos de decréscimo de produção, com destaque para as variáveis 5.a, 5.b e 5.c, relacionadas a atendimentos individuais para as condições hipertensão arterial, diabetes e obesidade (portaria n.º 2.994/2020), dentre as quais sequer foram retomados os patamares de produção pré-pandemia.

Destaca-se, ainda, que na variável 1.a, associada aos atendimentos individuais e ao Programa Saúde na Hora Emergencial – por meio do qual seria possível praticamente dobrar o horário de funcionamento das Unidades Básicas de Saúde (UBS), e consequentemente produzir mais atendimentos –, além de não ter havido crescimento real no número de atendimentos, sequer ocorreu a retomada dos níveis de atendimentos aos padrões pré-pandêmico ao 3º mês após a publicação da portaria, o que aconteceu apenas ao 4º mês da sua instituição. Essa modalidade do programa obteve adesão de apenas 1.416 UBS (aproximadamente 3% do total), e teve início em março e término em setembro de 2020¹⁵.

Em relação às atividades coletivas e visitas domiciliares, percebeu-se 6 (55%) desfechos de redução da produção ao 3º mês após a publicação das portarias. Mais uma vez não se observou relação do Programa Saúde na Hora Emergencial com uma retomada da produção relativa a atividades de educação em saúde (1.b). Da mesma maneira, as variáveis relacionadas às atividades de educação em saúde especificamente voltadas a pessoas com doenças crônicas (5.d; portaria n.º 2.994/2020) e às visitas domiciliares para o acompanhamento de gestantes (4.c; portaria n.º 2.222/2020 e portaria n.º 731/2021) e puérperas (4.d; portaria n.º 731/2021) não foram positivamente influenciadas pelas respectivas portarias.

De maneira geral, é possível afirmar que as estratégias do MS de indução financeira de ações na APS tiveram como desfecho um incremento real de produção após 3 meses do mês de publicação das portarias em menos da metade das situações. Tal fato evidencia uma baixa resposta dos gestores e trabalhadores às orientações ministeriais, pois se trata de produção inferior ao mês em que foram estabelecidas as diretrizes, chegando até mesmo a decair essa produção em alguns casos.

Sustentabilidade da produção ao longo do tempo

Ao analisar a evolução da produção das equipes por meio da média entre o 4º e o 6º mês após a publicação das portarias, percebeu-se que em 13 (52%) dos 25 desfechos possíveis houve decréscimo da produção. Ao se detalhar estes desfechos constatou-se que em 11 deles (6 de atendimentos individuais, 3 de visitas domiciliares e 2 de atividades coletivas) a produção se encontrava em baixa ao 3º mês de publicação da portaria e seguiu em baixa na média de produção entre o 4º e o 6º mês após a publicação das portarias.

Merece destaque a acentuação expressiva na redução de atendimentos individuais de pré-natal e puerpério (4.a; 4.b), comparando-se a média do 4º ao 6º mês e a produção do 3º mês, após a publicação da portaria n.º 2.222/2020. Destaca-se, ainda, os atendimentos individuais e atividades coletivas realizados pelas eCR, que continuaram a decair mesmo após a destinação dos recursos pela portaria n.º 1.253/2021. Tal fato evidencia que as respectivas portarias não surtiram nenhum efeito, ou pode-se dizer que surtiram efeito negativo na produção das ações pelas equipes, já que houve redução da produção ao 3º mês, com acentuação dessa queda na média entre o 4º e o 6º mês após a publicação das portarias.

Observa-se, ainda, outros 6 desfechos (4 de atendimentos individuais, 1 de atividades coletivas e 1 de visitas domiciliares) nos quais a produção se encontrava em alta ao 3º mês de publicação das portarias e na média entre o 4º e o 6º mês esse crescimento diminuiu, chegando a se tornar negativo em 2 delas. Estes fatos demonstram que as portarias, apesar de terem favorecido o incremento de produção em um primeiro momento, não foram suficientes para sustentar uma tendência de crescimento ao longo dos meses subsequentes e, até mesmo, podendo ter produzido efeito contrário.

Assim, acredita-se que as mudanças ocorridas no primeiro momento (ao 3º mês) possam estar eventualmente associadas a um efeito gerado pela publicação das portarias e consequente exigência burocrática de se realizarem as ações que justificassem o emprego dos recursos financeiros recebidos automaticamente do MS, garantindo a “prestação de contas”. Tendo passado esse efeito, por serem propostas pouco dialógicas com as necessidades dos municípios, sucumbiu a produção, deixando as ações definidas nestas portarias de serem prioridades nas agendas das equipes.

Em 2 desfechos (1 de atendimentos individuais e 1 de atividades coletivas) a produção, em baixa ao 3º mês em relação ao mês de publicação das portarias, elevou-se na média do 4º ao 6º mês. Acredita-se ser pouco provável que elevações de produção que ocorram a partir do 4º mês de publicação das portarias de instituição dos repasses financeiros

sejam efeitos diretos das respectivas portarias ou dos repasses propriamente ditos, por já haver decorrido tempo suficiente para o emprego integral dos recursos na promoção das ações para o alcance dos objetivos definidos em portaria. Assim, supõe-se que tal elevação de produção tenha maior relação com os demais fatores gerais acima descritos (queda no número de casos, vacinação e elevação no número de equipes) do que predominantemente com a instituição da iniciativa em portaria.

Por fim, tem-se o cenário de mais provável assertividade e reconhecimento das diretrizes ministeriais por parte dos gestores e trabalhadores da APS. Em 6 desfechos (3 de atendimentos individuais e 3 de atividades coletivas), a produção cresceu ao 3º mês após a publicação das portarias e continuou crescendo em patamares superiores ao do 3º mês na média do 4º ao 6º mês. Avalia-se que o provimento de novos recursos financeiros para essas ações pode ter sido coerente com as necessidades assentidas pelos serviços de APS nos territórios, a ponto da produção continuar crescendo mesmo após 3 meses da publicação das portarias.

Ocasionais elevações de produção consideradas tardias em relação à data de publicação das portarias, ou a continuidade de uma elevação na produção podem então ser efeitos de um processo de reconhecimento e consequente inserção das prioridades definidas pelos instrumentos legais na agenda de gestores e equipes. Ademais, eventuais formações, insumos e outras ações desencadeadas pelas portarias podem despertar a atenção das equipes, passando a ter maior atuação focada no objeto das portarias.

Eficiência na gestão de uma APS subfinanciada

O subfinanciamento do SUS é uma realidade conhecida de longa data, e se traduz na degradação do acesso e da qualidade dos serviços, realidade essa cotidianamente encarada por trabalhadores, gestores e usuários. Desta forma, é inegável que recursos financeiros adicionais para a APS serão sempre muito bem recebidos, a despeito de sua excepcionalidade e transitoriedade ^{9,21}. Importa destacar que para a maioria das ações prioritárias definidas nas portarias ministeriais aqui analisadas, no cotidiano dos serviços não há qualquer financiamento especificamente dedicado, logo, tais ações “disputam” os escassos recursos da APS entre as inúmeras prioridades urgentes nos territórios.

Os dados apresentados evidenciaram que a orientação ministerial aos serviços, dimensionada pela evolução da produção das equipes nas variáveis elencadas, eventualmente não produziu os efeitos de melhoria geral na produção de ações de saúde na maioria dos

desfechos, mesmo tendo sido injetados nos municípios cerca de 1,7 bilhões de reais para o seu cumprimento, por meio das 6 portarias analisadas.

Estritamente da perspectiva do montante financeiro investido e considerando a defasagem de recursos federais no custeio da APS, seria possível esperar um crescimento muito mais significativo da produção que o que foi aqui demonstrado. A título de exemplo, a portaria nº 430/2020 promoveu um incremento mensal às unidades aderidas que poderia chegar a 100% (R\$30.000,00/mês para unidades 75 horas no âmbito do Saúde na Hora Emergencial) do valor de custeio mensal regular de uma eSF – tendo como base a média de R\$30.000,00 mensais, pela capitação ponderada, desempenho e 6 Agentes Comunitários de Saúde em cada equipe, no modelo de financiamento do Programa Previne Brasil.

Outro exemplo é a portaria n.º 1.253/2021, que também elevou em cerca de 90% (R\$17.808,00 por eCR) o valor do custeio mensal regular das eCR – tendo como base o valor de custeio mensal de R\$19.900,00 por eCR tipo I – entretanto, observou-se redução da produção de atendimentos individuais e atividades coletivas realizadas por essas equipes no curto (3º mês) e médio prazos (média do 4º ao 6º mês), em que pese o fato da população em situação de rua ter aumentado durante a pandemia ²².

Ademais, a portaria n.º 2.222/2020, a segunda maior em volume de recursos (R\$259.888.395,00) – não obstante a primeira (portaria n.º 894/2021) envolva pelo menos 4 tipos de ações/públicos distintos –, pela aferição realizada por meio das variáveis 4.a e 4.b (atendimentos individuais de pré-natal e puerpério, respectivamente) não surtiu nenhum efeito em termos de incremento de produção, mas sim um decaimento dessa produção ao longo do tempo.

Na maioria dos desfechos (15) aqui demonstrados as portarias foram publicadas em um momento em que os níveis de produção nas variáveis analisadas já se encontravam em patamares superiores aos pré-pandemia. Assim, questiona-se a real necessidade do direcionamento de recursos especificamente a essas ações em detrimento de outras, ou seja, se naquele dado momento seriam realmente aquelas as prioridades dos entes federados para a APS.

Greer e colaboradores ²³ apontam que o fechamento ao diálogo (por parte do MS) com os diferentes segmentos implicados na pesquisa, trabalho, gestão e participação social influenciou negativamente na definição das prioridades para a atuação nacional durante a pandemia.

Perspectivas da governança para a resposta da APS

Para além de analisar a adequação das prioridades eleitas, no presente trabalho é central a discussão acerca da forma como o território encarou as diretrizes advindas do MS, reconhecendo-as ou não a ponto de elevar a produção de ações a elas relacionadas e legitimando a capacidade da instituição de coordenar a formulação e implementação da política de enfrentamento à pandemia de covid-19 no âmbito da APS brasileira.

Mudanças no processo de trabalho das equipes no sentido do alcance de objetivos comuns dependem de reconhecimento e confluência da agenda dos trabalhadores com a dos demais níveis envolvidos na gestão. A valorização dessa agenda por parte da gestão em cada município se traduz no provimento de subsídios técnicos e estruturais, no compartilhamento de saberes e práticas, intimamente relacionados às realidades de cada território, para a priorização da atuação em lócus populacionais específicos, sobretudo em um contexto de elevado risco sanitário, depreciação das condições de trabalho e crise macro e microeconômica ^{8,4,9}.

Ainda, para que esses objetivos comuns sejam alcançados é fundamental que haja diálogo constante, negociação e coordenação intergovernamental ²³. Para tal, aprendendo e apreendendo-se ao exitoso processo histórico de construção do SUS, respeitando o pacto federativo e amparado em bases científicas, mostra-se de fundamental relevância o exercício de uma boa governança pelo MS na condução das políticas públicas, sobremaneira quando do enfrentamento da maior crise sanitária atravessada pelo SUS desde a sua criação ^{3,21}.

A compreensão do processo que levou à baixa resposta dos territórios às prioridades definidas pelo MS nos cenários aqui descritos passa por um possível exame da postura do governo brasileiro no reconhecimento da pandemia, bem como nas suas ações ou omissões diante dela ^{21,23}. A forma como encarou a pandemia ocasionalmente levou a uma deterioração da sua rede de governança, a ponto de ver corroída a legitimidade do MS na condução da política de enfrentamento à covid-19 ^{9,23}.

Sob as mesmas bases nas quais o SUS foi criado e legalmente alicerçado, uma governança em rede (União, estados, municípios, universidades, conselhos de saúde etc.), dentro da qual impera a confiança entre seus componentes, possibilitaria uma coordenação harmônica da política, produzindo resultados positivos na saúde geral da população ^{17,20}.

Apesar de relevante, a produção de normativas, orientações e a disponibilização de recursos financeiros emergenciais foram insuficientes e encontraram limites de efetividade na ausência de uma coordenação nacional forte que considerasse as características federativas do país e do sistema de saúde ²¹.

CONCLUSÃO

Por meio das variáveis elencadas a partir de portarias que instituíram o financiamento de ações e grupos populacionais prioritários para a atuação dos serviços de APS (gestores e trabalhadores) no enfrentamento à pandemia de covid-19 foi possível dimensionar o efeito destas orientações/normativas na produção de ações pelas equipes e discutir a legitimidade dada ao MS pelos territórios, evidenciando seu papel de coordenador e orientador da rede de governança do SUS para a resposta à pandemia na APS.

Os resultados obtidos demonstram uma baixa resposta dos serviços às orientações ministeriais na maioria dos desfechos aferidos por meio dos dados de produção das equipes ao 3º mês após a publicação das portarias. Da mesma forma, ao analisar a sustentabilidade das ações propostas, percebeu-se também uma baixa resposta com a não elevação da produção das equipes na média entre o 4º e o 6º mês após a publicação das portarias, assim como, na maioria dos casos em que no primeiro momento houve elevação, ela passou a decair na média dos meses subsequentes, chegando a se tornar negativa em alguns desfechos.

Destaca-se como principal limitação do delineamento do presente estudo a incidência sobre a oscilação na produção das equipes, sobretudo com incremento desta, de outras variáveis para além das selecionadas para análise, tais como o início da vacinação e o crescimento no número de equipes em atuação na APS. Desta forma, não é possível estabelecer relação de causalidade entre a variação de produção e a orientação do MS, no entanto, agrega-se novas perspectivas analíticas sobre o efeito da orientação ministerial na prática cotidiana dos serviços, valendo-se do modelo de governança construído pela instituição.

Ademais, a publicação das portarias instituindo financiamento direcionado a ações e públicos específicos – ainda que em algumas situações extremas se mostre estratégica – pode segmentar os serviços de APS e induz um modelo de atenção focalizada, distinto do que historicamente se busca por meio da Estratégia de Saúde da Família (ESF), qual seja promotor de integralidade, universalidade, territorialização, eficiência e equidade.

REFERÊNCIAS

1. Sodré F. Epidemia de covid-19: questões críticas para a gestão da saúde pública no Brasil. *Trab Educ Saud.* 2020;18(3):1-12. doi: 10.1590/1981-7746-sol00302
2. Sousa MF, Prado EAJ, Leles FAG, Andrade NF, Marzola RF, Barros FPC, et al. Potencialidades da Atenção Básica à Saúde na consolidação dos sistemas universais. *Saúde Debate.* 2019;43(spe5):82-93. doi: 10.1590/0103-11042019S507

3. Abrúcio FL, Grin EJ, Franzese C, Segatto CI, Couto CG. Combate à covid-19 sob o federalismo bolsonarista: um caso de descoordenação intergovernamental. *Rev Adm Pub.* 2020;54(4):663-77. doi: 10.1590/0034-761220200354
4. Medina MG, Giovanella L, Bousquat A, Mendonça MHM, Aquino R. Atenção primária à saúde em tempos de COVID-19: o que fazer? *Cad Saúde Pública.* 2020;36(8):1-5. doi: 10.1590/0102-311X00149720
5. Patiño-Escarcina JE, Medina MG. Vigilância em Saúde no âmbito da atenção primária para enfrentamento da pandemia da Covid-19: revisão documental. *Saúde debate.* 2022;46(spe1):119-30. doi: 0000-0003-2948-5550
6. Frota AC, Barreto ICHC, Carvalho ALB, Ouverney ALM, Andrade LOM, Machado NMS. Vínculo longitudinal da Estratégia Saúde da Família na linha de frente da pandemia da Covid-19. *Saúde debate.* 2022;46(spe1):131-51. doi: 10.1590/0103-11042022E109
7. Prado NMBL, Rossi TRA, Chaves SCL, Barros SG, Magno L, Santos HLPC, et al. The international response of primary health care to covid-19: document analysis in selected countries. *Cad Saúde Pública.* 2020;36(12):1-18. doi: 10.1590/0102-311X00183820
8. Biscarde DGS, Souza EA, Pinto KA, Silva LA, Silva MA, Gusmão MEN. Atenção primária à saúde e covid-19: desafios para universidades, trabalhadores e gestores em saúde. *Rev baiana enferm.* 2022;36:1-9. doi: 10.18471/rbe.v36.37824
9. Giovanella L, Martufi V, Mendoza DCR, Mendonça MHM, Bousquat AEM, Pereira RAG, et al. A contribuição da atenção primária à saúde na rede SUS de enfrentamento à covid-19. *Saúde debate.* 2020;44(spe4):161-76. doi: 10.1590/0103-11042020E410
10. Fonseca EM, Nattrass N, Arantes LB, Bastos FI. COVID-19 in Brazil: Presidential Denialism na the Subnational Government's Response. In: Greer SL, King EJ, Fonseca EM, Peralta-Santos A (eds.). *Coronavirus Politics: The comparative politics and policy of COVID-19.* United States of America: University of Michigan Press, 2021. p. 654.
11. Mendes A, Melo MA, Carnut L. Análise crítica sobre a implantação do novo modelo de alocação dos recursos federais para atenção primária à saúde: operacionalismo e improvisos. *Cad Saúde Pública.* 2022;38(2):1-14. doi: 10.1590/0102-311X00164621
12. Santos MHC. Governabilidade, governança e democracia: criação de capacidade governativa e relações executivo-legislativo no Brasil pós-constituinte. *Dados.* 1997;40(3):335-76. doi: 10.1590/S0011-52581997000300003
13. World Bank. *Governance and development.* Washington: World Bank; 1992. p. 58.
14. Ham C, Hill M. *The policy process in the modern capitalista state.* 2ed. Londres: Harvester Wheatsheaf; 1993. p. 270.
15. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Relatório avanços e desafios da Atenção Primária à Saúde: balanço das ações 2020. Brasília: Ministério da Saúde, 2022; p.134. [acesso em 27 set 2022]. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/biblioteca/visualizar/MjA3Mg>
16. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Relatório avanços e desafios da Atenção Primária à Saúde balanço das ações 2021. Brasília: Ministério da Saúde, 2022; p.178. [acesso em 27 set 2022]. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/relatorio_avancos_desafios_aps.pdf
17. Bevir M. *Governance: a very short introduction.* Oxford: Oxford University Press. 2012. p. 132.
18. Martins L. Estado Capitalista e burocracia no Brasil pós-64. Rio de Janeiro, RJ. Paz e Terra, 1985. p. 265.
19. Gonçalves A. O conceito de governança. In: XV Congresso Nacional do CONPEDI/UEA. 3, 4 e 5 de novembro de 2005; Manaus (AM). *Anais de Congresso.* 2006. [acesso em 26 ago 2022]. Disponível em: <http://www.publicadireito.com.br/conpedi/manaus/arquivos/anais/XIVCongresso/078.pdf>
20. Jarman H. State responses to the COVID-19 pandemic: Governance, Surveillance, Coercion, and Social Policy. In: Greer SL, King EJ, Fonseca EM, Peralta-Santos A (eds.). *Coronavirus Politics: The comparative politics and policy of COVID-19.* United States of America: University of Michigan Press, 2021. p. 654.
21. Freitas CM, Pereira AMM, Machado CV. A resposta do Brasil à pandemia de covid-19 em um contexto de crise e desigualdades. In: Machado CV, Pereira AMM, Freitas CM (eds.). *Políticas e sistemas de saúde em tempos de pandemia: nove países, muitas lições* [online]. Rio de Janeiro, RJ: Editora Fiocruz, 2022. p. 342.

22. Santos ETA, Sarreta FO. População em situação de rua na pandemia: desdobramentos da crise do capital. *SER Social*. 2022;25(51):364-84. doi: 10.26512/sersocial.v24i51.42539
23. Greer SL, King EJ, Fonseca EM. Introduction: Explaining Pandemic Response. In: Greer SL, King EJ, Fonseca EM, Peralta-Santos A (eds.). *Coronavirus Politics: The comparative politics and policy of COVID-19*. United States of America: University of Michigan Press, 2021. p. 654.

Conformidade estratégica e cultura avaliativa: a PMAQuiagem como expressão da gestão local no PMAQ-AB

PMAQuiagem practices in the Brazilian PMAQ-AB: strategic compliance and its effects on evaluation culture and local management

Conformidad estratégica y cultura evaluativa: la “PMAQuiagem” como expresión de la gestión local en el PMAQ-AB

Nalber Sigian Tavares Moreira ¹

¹ Universidade Federal do Ceará (UFC) | nalbersigiantm@gmail.com

RESUMO

O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB, 2011–2019), experiência nacional de avaliação associada a incentivo financeiro na Atenção Primária à Saúde, desencadeou respostas estratégicas nos municípios. Este artigo analisa, nas perspectivas de secretários municipais de saúde e coordenadores da Atenção Primária, as formas assumidas pela “PMAQuiagem”, as racionalidades que a sustentam e seus efeitos na cultura avaliativa e na gestão local. Realizou-se reanálise temática das vinte entrevistas do estudo original, produzidas com gestores da 20ª Região de Saúde do Ceará, composta por treze municípios. A análise combinou codificação indutivo-dedutiva, conferência dos excertos na transcrição integral, comparação entre níveis de gestão e revisão das categorias por segundo pesquisador. Identificaram-se redistribuição temporária de insumos e equipamentos, implantação episódica de rotinas e intensificação da produção documental para a visita externa. Tais práticas relacionaram-se à tensão entre uma lógica político-financeira, orientada à obtenção de recursos e ao desempenho institucional, e uma lógica técnico-gerencial, voltada à continuidade dos processos de trabalho. Os gestores relataram sobrecarga, reorientação do trabalho para a verificação externa e dificuldades para incorporar a avaliação ao cotidiano. No contexto estudado, a PMAQuiagem é interpretada como forma de conformidade estratégica produzida por essa tensão. Como a reanálise se circunscreve a uma região de saúde, as relações com políticas posteriores, inclusive a Portaria GM/MS nº 3.493/2024, constituem hipóteses analíticas a serem examinadas com dados da política vigente.

Palavras-chave (DeCS): Atenção Primária à Saúde, Avaliação em Saúde, Gestão em Saúde, Reembolso de Incentivo, Cultura Organizacional.

Abstract

The National Program for Improvement of Access and Quality in Primary Care (PMAQ-AB, 2011–2019), a nationwide evaluation initiative linked to financial incentives in Primary Health Care, elicited strategic responses from municipalities. This article analyzes, from the perspectives of municipal health secretaries and Primary Health Care coordinators, the forms taken by “PMAQuiagem,” the rationales underpinning these practices, and their effects on evaluative culture and local management. We conducted a thematic reanalysis of all twenty interviews from the original study, produced with managers from Ceará’s 20th Health Region, which comprises thirteen municipalities. The analysis combined inductive-deductive coding, verification of excerpts against the complete transcripts, comparison between management levels, and review of the categories by a second researcher. The practices identified included temporary reallocation of supplies and equipment, episodic implementation of routines, and intensified documentation for the external assessment visit. These practices were associated with a tension between a political-financial logic, oriented toward obtaining resources and institutional performance, and a technical-managerial logic, oriented toward continuity of work processes. Managers reported work overload, reorientation of work toward external verification, and difficulties incorporating evaluation into everyday management. In the context studied, PMAQuiagem is interpreted as a form of strategic compliance produced by this tension. Because the reanalysis is limited to one health region, connections with later policies, including Ordinance GM/MS No. 3,493/2024, are analytical hypotheses that require examination using data from the current policy.

Keywords (DeCS): Primary Health Care, Health Evaluation, Health Management, Incentive Reimbursement, Organizational Culture.

Resumen

El Programa Nacional de Mejora del Acceso y de la Calidad de la Atención Básica (PMAQ-AB, 2011–2019), iniciativa nacional de evaluación vinculada a incentivos financieros en la Atención Primaria de Salud, generó respuestas estratégicas municipales. Este artículo analiza, desde las perspectivas de secretarios municipales de salud y coordinadores de Atención Primaria, las formas de “PMAQuiagem”, sus racionalidades y efectos en la cultura evaluativa y la gestión local. Se realizó un reanálisis temático de las veinte entrevistas del estudio original, producidas con gestores de la 20ª Región de Salud de Ceará, compuesta por trece municipios. El análisis combinó codificación inductivo-deductiva, verificación de fragmentos en las transcripciones completas, comparación entre niveles de gestión y revisión de categorías por un segundo investigador. Se identificaron redistribución temporal de insumos y equipos, implantación episódica de rutinas e intensificación documental para la visita externa. Estas prácticas se relacionaron con la tensión entre una lógica político-financiera, orientada a obtener recursos y desempeño institucional, y una lógica técnico-gerencial, dirigida a la continuidad de los procesos de trabajo. Los gestores relataron sobrecarga, reorientación del trabajo hacia la verificación externa y dificultades para incorporar la evaluación a la gestión cotidiana. En el contexto estudiado, la PMAQuiagem se interpreta como conformidad estratégica producida por esa tensión. Como el reanálisis se limita a una región de salud, las relaciones con políticas posteriores, incluida la Ordenanza GM/MS nº 3.493/2024, son hipótesis analíticas que requieren datos de la política vigente.

Palabras clave (DeCS): Atención Primaria de Salud, Evaluación en Salud, Gestión en Salud, Reembolso de Incentivo, Cultura Organizacional.

1 Introdução

O SUS prioriza a avaliação e a regulação como pilares da política de saúde no Brasil desde sua criação. Iniciativas precursoras, como o Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde (PNASS), contribuíram para a formação de uma cultura de responsabilização que, inicialmente, possuía caráter predominantemente formativo e poucas consequências financeiras. A partir dos anos 2000, em um cenário influenciado pelas reformas gerencialistas do setor público, o debate sobre eficiência e resultados levou o Ministério da Saúde a buscar estratégias que articulassem avaliação e financiamento^{1,2}. Nesse contexto, o PMAQ-AB foi instituído em 2011 e vinculou, em escala nacional, a certificação da qualidade das equipes ao repasse de recursos³.

Embora inovador, o desenho do PMAQ-AB criou condições nas quais poderiam emergir comportamentos estratégicos não previstos. A literatura internacional sobre gestão por metas alerta para o fenômeno do gaming, no qual atores organizacionais, pressionados por incentivos, podem ser levados a “acertar o alvo, mas errar o ponto”, priorizando o cumprimento de indicadores em detrimento dos objetivos substantivos da política⁴.

No contexto brasileiro, práticas performáticas de conformidade associadas à avaliação externa do PMAQ-AB foram denominadas “PMAQuiagem”. A expressão nativa, observada no campo empírico, foi empregada por Sampaio et al.⁵ para designar ajustes ou maquiagem da realidade orientados à visita avaliativa. Neste artigo, a PMAQuiagem é

examinada como uma possível resposta organizacional à estrutura de incentivos do programa, sem desconsiderar as implicações éticas de práticas que não correspondam ao cotidiano dos serviços.

O objetivo deste artigo é analisar, nas perspectivas de secretários municipais de saúde e coordenadores da Atenção Primária, as formas assumidas pela PMAQuiagem, as racionalidades que a sustentam e seus efeitos na cultura avaliativa e na gestão local. O modelo de Donabedian⁶, que organiza a análise da qualidade em saúde nas dimensões estrutura, processo e resultado, foi utilizado para categorizar as práticas narradas. As dimensões de estrutura e processo mereceram atenção por serem diretamente observáveis na avaliação externa e por ocuparem lugar relevante em políticas de pagamento por desempenho.

O fenômeno também foi contextualizado pela noção de “sociedade da auditoria” de Power⁷, que descreve a centralidade dos rituais de verificação na gestão pública contemporânea. Sob essa ótica, a avaliação externa do PMAQ-AB pode ser interpretada como evento no qual organizações ajustam o trabalho aos requisitos de verificação, por vezes com pouca conexão com a melhoria substantiva. A máxima “what’s measured is what matters” — o que é medido é o que importa —, discutida por Bevan e Hood⁴, oferece outra lente para examinar as racionalidades presentes nos relatos.

A articulação desses referenciais fornece uma hipótese interpretativa, e não uma narrativa causal previamente demonstrada: critérios de avaliação concentrados em estrutura e processo^{6,7}, combinados a incentivos financeiros, podem favorecer respostas estratégicas como o gaming⁴. O corpus empírico provém de entrevistas produzidas em dissertação de mestrado previamente concluída⁸ e analisadas também em publicação anterior⁹; a presente reanálise formula e examina essa hipótese no contexto específico da região estudada.

Embora o PMAQ-AB tenha sido extinto em 2019, a experiência acumulada com o programa mantém interesse analítico. O Previn Brasil, que o sucedeu¹⁰, e a Portaria GM/MS nº 3.493, de 2024, que reformulou o modelo de cofinanciamento, conservaram componentes de transferência associados ao desempenho aferido por indicadores¹¹. Essa continuidade mantém em aberto a questão sobre as respostas organizacionais que tais arranjos podem suscitar e justifica revisitar o fenômeno da PMAQuiagem, sem pressupor equivalência entre políticas formuladas em períodos e condições distintas.

Este artigo, portanto, analisa, a partir da perspectiva de secretários municipais de saúde e coordenadores de atenção primária, como se configuram as práticas de PMAQuiagem, buscando compreender as formas que essa conformidade assume, as racionalidades que a sustentam e os efeitos que produz. O estudo destaca a dissonância

gerencial entre as lógicas político-financeira e técnico-gerencial. Ao articular a experiência de gestores municipais com referenciais da avaliação em saúde e das ciências sociais, o estudo contribui para o debate sobre os efeitos dos modelos de pagamento por desempenho na Atenção Primária do SUS, problematizando como esses arranjos reconfiguram a cultura avaliativa, o trabalho gerencial e as relações entre níveis de gestão.

2 Desenvolvimento

2.1 Métodos

Trata-se de estudo qualitativo, de orientação construtivista-interpretativa, baseado em reanálise temática de dados secundários produzidos em pesquisa de mestrado sobre a percepção de gestores municipais acerca do PMAQ-AB⁸. Parte desse corpus foi analisada anteriormente quanto à compreensão do programa, às suas contribuições e aos desafios percebidos pelos gestores⁹. A reanálise atual dirigiu-se a uma questão distinta: examinar os sentidos, as racionalidades e os efeitos organizacionais das práticas locais de ajuste orientadas à avaliação externa, designadas no campo como “PMAQuiagem”. Configura-se, portanto, como análise secundária suplementar, na qual um conjunto de dados já produzido é reexaminado sob foco presente no material, mas não desenvolvido sistematicamente nas análises anteriores¹².

O corpus corresponde às vinte entrevistas transcritas na íntegra e aos respectivos registros em áudio do estudo original. A pesquisa primária foi conduzida por integrante da equipe autoral, condição que assegurou acesso ao material completo, e não apenas a excertos previamente selecionados, e conhecimento das circunstâncias de produção das entrevistas. Antes da reanálise, verificou-se a adequação do material à nova pergunta: o roteiro original incluía questões sobre a avaliação externa e as estratégias municipais de preparação, e as respostas continham descrições de práticas concretas, além de apreciações gerais sobre o programa. Essa correspondência entre a pergunta secundária e o conteúdo disponível sustentou a utilização do corpus.

O cenário foi a 20ª Região de Saúde do Ceará, composta por treze municípios com diferentes portes populacionais e capacidades instaladas na Atenção Primária à Saúde. Participaram vinte gestores da região: dez secretários municipais de saúde e dez coordenadores da Atenção Primária. As mulheres corresponderam a 80% dos secretários e à totalidade dos coordenadores. Cinco secretários e os dez coordenadores eram enfermeiros, totalizando quinze participantes; os demais secretários tinham formação em administração

(n=2), farmácia (n=1), biomedicina (n=1) ou biologia (n=1). O tempo de atuação na gestão variou de dois a vinte anos⁸.

O universo potencial compreendia 26 gestores, correspondentes a um secretário municipal de saúde e um coordenador da Atenção Primária em cada um dos treze municípios, desde que tivessem participado ou coordenado o terceiro ciclo do PMAQ-AB. Houve recusa de um secretário e dois coordenadores. Outros dois secretários e um coordenador foram excluídos por férias, licença, transição de gestão ou por não exercerem a função durante o ciclo estudado. A amostra final reuniu dez secretários e dez coordenadores. As seis perdas foram contabilizadas por participante, e não como ausência de três municípios⁸.

As entrevistas semiestruturadas foram realizadas em junho de 2019 pelo pesquisador responsável pelo estudo original, individualmente, em ambientes reservados e com gravação em áudio. À época, o entrevistador exercia a coordenação regional da Atenção Primária na 20ª Coordenadoria Regional de Saúde e mantinha relação técnico-institucional prévia de apoio com os gestores municipais. Essa inserção favorecia o acesso e o conhecimento do campo, mas poderia induzir respostas socialmente desejáveis, autocensura ou ênfase em expectativas institucionais. Na reanálise, essa possibilidade foi tratada em memorandos reflexivos, na busca de casos divergentes, na conferência dos excertos em seu contexto integral e na revisão por pesquisador que não participou da coleta. O roteiro abordou a organização do PMAQ-AB, a avaliação externa, os incentivos e resultados, os efeitos percebidos na gestão e as estratégias locais de preparação. As gravações foram transcritas integralmente e conferidas com os áudios antes da análise.

A reanálise temática seguiu as etapas propostas por Braun e Clarke¹³: familiarização com o corpus, geração de códigos iniciais, busca e revisão de temas, definição das categorias e construção da narrativa interpretativa. Inicialmente, identificaram-se segmentos relativos a ajustes, preparativos ou encenações direcionados à avaliação externa. Em seguida, os códigos foram agrupados segundo as dimensões “formas”, “racionalidades” e “efeitos” da PMAQuiagem. O percurso combinou indução, quando os códigos e relações emergiram das falas, e dedução, na articulação posterior com os referenciais de Donabedian⁶, Power⁷ e Bevan e Hood⁴.

O material foi organizado em matrizes comparativas entre secretários e coordenadores, permitindo examinar convergências, contrastes e casos divergentes. Quatro procedimentos sustentaram a credibilidade e a consistência da interpretação em relação ao estudo original. Primeiro, cada excerto codificado foi conferido na transcrição integral, preservando a sequência em que foi enunciado. Segundo, as categorias da reanálise foram

comparadas com as categorias das análises anteriores; divergências foram registradas e examinadas, sem ajustar a interpretação atual às conclusões prévias. Terceiro, um segundo pesquisador, que não participou da pesquisa original, revisou o sistema de códigos, as categorias finais e a correspondência entre as afirmações analíticas e os excertos que as sustentavam. As discordâncias foram discutidas até consenso, com retorno ao corpus. Quarto, memorandos analíticos e reflexivos datados registraram decisões de codificação, reformulações de categorias e interpretações, constituindo uma trilha de auditoria do percurso analítico.

Dois limites do procedimento devem ser registrados. Não houve retorno aos participantes para validação das interpretações, uma vez que as entrevistas datam de 2019 e parte dos gestores deixou os cargos que ocupava à época. Além disso, a reanálise não pôde dirigir perguntas adicionais ao corpus, restrição própria do trabalho com dados secundários: as categorias foram construídas a partir do que já havia sido enunciado, sem possibilidade de aprofundamento junto aos entrevistados.

A pesquisa original foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará, conforme Parecer nº 3.344.159, CAAE 08277519.8.0000.5534, emitido em 23 de maio de 2019, e observou a Resolução CNS nº 466/2012. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A reanálise não envolveu novo contato com os participantes e preservou as condições de anonimato e confidencialidade: os secretários são identificados pelos códigos S1 a S10 e os coordenadores, por C1 a C10. As transcrições não foram depositadas em repositório público devido ao conteúdo sensível e ao risco de identificação contextual.

2.2 Resultados

A análise das narrativas permitiu identificar formas, racionalidades e efeitos das práticas designadas como “PMAQuiagem”. Os padrões descritos não foram uniformes entre participantes ou municípios; as subseções apresentam tanto as práticas de conformidade estratégica quanto relatos que delimitam essa interpretação. A discussão desenvolve as implicações dos achados para a cultura avaliativa e a gestão da Atenção Primária.

2.2.1 Formas da “PMAQuiagem”: preparação do cenário para a avaliação externa

As narrativas descrevem ações concentradas na preparação para a visita do avaliador externo. Entre elas, figuraram a redistribuição de recursos, o ajuste da organização física e a aquisição de insumos para atender aos critérios do instrumento. A fala de C1 mostra que a proximidade da avaliação catalisou uma reorganização estrutural que, na percepção da participante, dificilmente teria ocorrido naquele momento sem a chegada dos avaliadores:

[...] Falei com o Secretário antes da visita do PMAQ e ele autorizou que organizássemos uma sala de situação em todos os postos, mandamos confeccionar os banners e mapas. Em muitas UBS a farmácia era junto com a sala de vacina, deixamos separado, toda padronizada, do jeito que o Ministério da Saúde exigia, tudo porque o PMAQ exigia e o Secretário ficava sensível pra poder tirar uma boa nota, duvido que tivéssemos conseguido estas coisas se não fosse porque os avaliadores do programa estavam pra chegar. (C1)

Outra prática foi a implantação episódica de rotinas e fluxos assistenciais. A expressão “PMAQuiada”, empregada por uma coordenadora, sintetiza a concentração de preparativos na semana da avaliação. Processos de trabalho e compras de insumos eram organizados para coincidir com a visita. No mesmo relato, C1 reconheceu a participação da coordenação nessa cadeia e associou a preparação à competição entre municípios:

Na semana que a avaliação externa iria passar a PMAQuiada foi grande, olha só, muitos processos de trabalho e organização do atendimento foram instituídos nas unidades só para aquele momento, assim como muitos insumos e materiais só chegavam nos postos justamente naquela semana porque o prefeito mandava comprar. Nós da Coordenação temos culpa também, era uma cadeia porque em muitos momentos víamos como uma gincana, competindo com os municípios vizinhos e entre si, e todos os colegas faziam isto nos seus municípios que sabemos né. (C1)

A produção e a organização documental apresentaram caráter ambivalente. Em alguns relatos, a aproximação da avaliação intensificava a reunião de atas, protocolos, planilhas e relatórios para comprovar o cumprimento dos critérios. C8, entretanto, afirmou cobrar o preenchimento rotineiro e rejeitou explicitamente a maquiagem dos dados. Esse caso divergente delimita a categoria: a preparação documental não pode ser tomada, por si só, como PMAQuiagem; a conformidade estratégica se caracteriza quando a evidência é produzida ou organizada apenas para a visita, sem correspondência com a prática cotidiana.

[...] tudo que for de impresso, livro de visita, protocolos, planilhas, livro de gestante, relatórios... a gente cobra que seja preenchido de forma rotineira, pra quando o momento da avaliação externa chegar; comprovar que, de fato, tivemos mudanças nos processos de trabalho, sem maquiar dados. (C8)

2.2.2 Racionalidades em tensão: dissonância gerencial e PMAQuiagem

Entre parte dos secretários, predominou uma leitura político-financeira do PMAQ-AB, associada à possibilidade de obter recursos em um contexto de subfinanciamento. Um secretário afirmou que o programa ajudava a “destravar um pouco o subfinanciamento” da Atenção Primária (S9). Nessa perspectiva, a avaliação externa podia ser percebida como condição a cumprir para manter transferências e responder a pressões políticas por resultados visíveis. Essa tendência não descreve todos os secretários nem constitui atributo inerente ao cargo; expressa um padrão identificado no material analisado.

Entre os coordenadores, apareceu com maior frequência uma lógica técnico-gerencial, também marcada por ambivalência. Os participantes descreveram o PMAQ-AB como um “norte” para organizar os serviços, mas também como uma “gincana” que estimulava comparações entre municípios e equipes (C1). Nesse contexto, a PMAQuiagem podia responder à pressão por desempenho e ao valor simbólico atribuído à nota de certificação. Relatos como o de C8 mostram, contudo, que coordenadores também distinguem a produção regular de informação das práticas de maquiagem.

A tensão entre essas racionalidades apareceu na gestão cotidiana. Coordenadores relataram que propostas de mudanças contínuas eram, por vezes, substituídas pela priorização dos critérios que geravam pontuação. C9 afirmou: “Meu secretário pediu para eu parar de me preocupar com indicadores que não valiam nota e me concentrar no que o avaliador iria olhar”. Em outro relato, C4 deixou o cargo após discordar da manipulação de documentos. Os episódios evidenciam conflitos de autoridade e responsabilização, mas não autorizam atribuir o mesmo padrão a todos os participantes.

2.2.3 Efeitos organizacionais e humanos da conformidade estratégica

Os coordenadores relataram que a orientação do trabalho para a visita podia deslocar o foco da melhoria contínua para ações de curta duração. C3 descreveu notas elevadas que não correspondiam necessariamente à rotina dos serviços. C8, ao tratar de situações distintas daquela em que defendia o registro rotineiro, afirmou: “assim que o avaliador sai, as filas voltam, a limpeza relaxa, os equipamentos retornam para onde estavam”. Esse excerto sustenta o caráter temporário atribuído a parte dos ajustes.

Outro efeito relatado foi o desgaste emocional associado ao volume de trabalho, à competição e à cobrança por resultados. Segundo C7, a pressão proveniente de secretários e prefeitos concentrava responsabilidades na equipe técnica:

Tem um efeito negativo do PMAQ que percebo, o desgaste emocional que a gente fica. É muita competitividade que se cria, eu fiquei ansiosa demais e notei que a cobrança vinda do prefeito e secretário por uma boa nota limitou o desempenho em alguns que se sentem responsáveis demais... (C7)

Em parte dos relatos, essas experiências dificultavam a incorporação de uma avaliação formativa ao cotidiano. Quando a avaliação era vivenciada como evento externo, punitivo e de alto risco — uma “maratona cansativa para agradar avaliadores” (C2) —, seu uso para aprendizagem e revisão contínua dos processos de trabalho perdia espaço. Esse efeito não foi uniforme, como demonstra o relato de C8 sobre registros mantidos rotineiramente.

2.3 Discussão

Os achados indicam que, no contexto investigado, a “PMAQuiagem” não se restringiu a atos individuais de manipulação, mas se configurou como forma de conformidade estratégica diante de um dispositivo avaliativo com consequências financeiras^{8,9}. A combinação entre incentivos, pressão por desempenho e distribuição assimétrica de responsabilidades reordenou prioridades e influenciou o que alguns gestores reconheciam como boa gestão. A presença de casos divergentes impede tratar essa resposta como uniforme e reforça a necessidade de distinguir preparação legítima, produção rotineira de evidências e ajustes restritos à visita.

A articulação teórica permite situar as práticas narradas. A “PMAQuiagem” aproxima-se dos “rituais de verificação” de Power⁷ na medida em que a visita avaliativa concentra a atenção em aspectos visíveis de estrutura e processo, dimensões organizadas pelo modelo de Donabedian⁶ e privilegiadas pelo instrumento do PMAQ-AB. À luz de Bevan e Hood⁴, a ênfase na obtenção de recursos, presente em parte dos relatos de secretários, pode ativar mecanismos de gaming e favorecer estratégias de conformidade. Trata-se de uma interpretação dos mecanismos descritos no corpus, não de uma explicação uniforme para todos os gestores ou municípios.

O achado central consiste na tensão entre lógicas de gestão, compreendidas como tendências analíticas, e não como atributos fixos dos cargos. Entre parte dos secretários, a leitura do programa enfatizou governabilidade, disponibilidade financeira e prestação de contas perante o executivo municipal, dimensões relacionadas às condições de exercício da função no SUS¹⁴. Entre os coordenadores, apareceram com maior frequência preocupações

com a operação cotidiana e a continuidade dos processos. As duas orientações coexistiram, variaram entre participantes e, em alguns casos, mostraram-se complementares.

Os coordenadores ocupavam posição próxima às equipes e lidavam diretamente com a organização dos serviços, o acompanhamento dos indicadores e as consequências operacionais da preparação para a avaliação^{8,9}. Essa posição ajuda a compreender por que seus relatos detalharam com maior frequência a sobrecarga e os conflitos produzidos pela cobrança por desempenho, sem que isso implique homogeneidade interna ao grupo.

A PMAQuiagem emergiu nos pontos em que a obtenção da nota e dos recursos se sobrepunha à construção de processos sustentáveis. A tensão também se relaciona ao federalismo brasileiro, no qual a autonomia municipal convive com dependência de transferências federais. No material analisado, essa configuração transformou o PMAQ-AB em arena de negociação entre objetivos financeiros, políticos e assistenciais¹.

A categoria de dissonância gerencial sintetiza essa tensão micropolítica. Ela permite examinar como prioridades de curto e longo prazo foram negociadas, produzindo desautorização, conflito ou sobrecarga em alguns relatos. A categoria não estabelece uma oposição universal entre secretários e coordenadores, mas descreve um mecanismo interpretativo situado que requer exame em outros contextos.

A relação com a Portaria GM/MS nº 3.493/2024¹¹ deve ser lida exclusivamente como hipótese interpretativa. O estudo não produziu dados sobre a política vigente, cujo desenho, período e condições de implementação diferem dos do PMAQ-AB. A permanência de componentes financeiros associados a indicadores permite indagar se respostas estratégicas semelhantes poderiam ocorrer, mas não demonstra sua existência. Essa hipótese exige pesquisas específicas sobre o arranjo atual, com observação das práticas, análise de indicadores e inclusão de gestores, profissionais e usuários.

A pressão por resultados também apareceu no plano individual. O desgaste emocional relatado pelos coordenadores^{8,9} aproxima-se de estudos nacionais que descrevem sobrecarga e reorganização do trabalho em torno de metas definidas centralmente^{15,16}. A convergência com essa literatura amplia a plausibilidade da interpretação, mas não permite estimar a extensão do fenômeno para além dos municípios estudados.

A literatura brasileira sobre remuneração por desempenho registra resultados heterogêneos e dificuldades de implementação que podem alterar a mobilização de gestores e equipes^{4,15-17}. Os achados deste estudo indicam um paradoxo situado: uma política orientada à institucionalização da avaliação¹⁸ também podia, em determinadas condições locais, converter

a avaliação em teste de conformidade. A PMAQuiagem representou uma das respostas possíveis a esse arranjo, e não seu efeito necessário.

Os limites do desenho circunscrevem o alcance dessas interpretações. As entrevistas foram produzidas em 2019 com vinte gestores selecionados de um universo de 26 cargos distribuídos nos treze municípios de uma única região de saúde do Ceará e expressam a posição de dois grupos profissionais. A codificação anonimizada disponível para a reanálise identifica os participantes pelo grupo profissional e por número, sem vinculação municipal; por isso, não foi possível determinar quantos municípios ficaram representados na amostra final. Não foram ouvidos trabalhadores das equipes, usuários nem avaliadores externos, cujas perspectivas poderiam sustentar, qualificar ou contradizer os relatos. Tampouco houve observação direta das práticas. O material não permite estimar a frequência da PMAQuiagem no país nem associá-la aos resultados da certificação. Ele sustenta a descrição de suas formas naquele contexto e a formulação da dissonância gerencial como mecanismo interpretativo a ser examinado em outras regiões.

3 Conclusão

Os achados sustentam a PMAQuiagem como categoria analítica para compreender respostas organizacionais a políticas avaliativas associadas a incentivos financeiros. No contexto estudado, ela se apresentou como forma de conformidade estratégica produzida pela interação entre o desenho do PMAQ-AB e as racionalidades presentes na gestão municipal. A contribuição da reanálise está na formulação da dissonância gerencial: a tensão, observada em parte dos relatos, entre prioridades político-financeiras e técnico-gerenciais favoreceu práticas orientadas à visita avaliativa.

A dissonância não se reduz a conflito interpessoal. Ela se inscreve em uma configuração institucional na qual a autonomia municipal coexiste com dependência de transferências federais condicionadas¹. Em alguns municípios analisados, a busca por recursos e desempenho institucional se sobrepôs à continuidade dos processos de cuidado, com sobrecarga e dificuldades para incorporar a avaliação ao cotidiano. O estudo não permite afirmar que essa relação se reproduza em outras regiões.

As lições derivam diretamente do PMAQ-AB. Qualquer aproximação com políticas posteriores, inclusive a instituída pela Portaria GM/MS nº 3.493/2024¹¹, permanece hipotética. Os achados permitem propor questões para investigação sobre balanceamento de indicadores, inclusão de desfechos e experiência dos usuários, pactuação entre níveis de gestão e uso

formativo dos dados. A efetividade dessas estratégias e sua pertinência para o modelo vigente não foram avaliadas neste estudo.

As limitações incluem o recorte em vinte gestores de uma única região de saúde, as perdas individuais em relação ao universo de 26 cargos, a coleta realizada em 2019, o uso exclusivo de narrativas e a impossibilidade de formular novas perguntas aos participantes durante a reanálise. Estudos de métodos mistos que articulem entrevistas, observação nos serviços e séries temporais de indicadores poderão examinar a ocorrência e os efeitos do fenômeno. Também permanecem por investigar as perspectivas de trabalhadores, usuários e avaliadores externos e as diferenças entre municípios com arranjos distintos de governança.

À luz dos relatos analisados, a institucionalização de uma cultura avaliativa depende das condições criadas para o diálogo entre níveis de gestão, a aprendizagem organizacional e a valorização do trabalho em saúde. Políticas de desempenho precisam aproximar a mensuração dos objetivos assistenciais e favorecer o uso cotidiano da avaliação, evitando que a conformidade para o evento avaliativo substitua a melhoria continuada dos processos.

Declaração de conflitos de interesse e financiamento

Os autores declaram não possuir conflitos de interesses financeiros, comerciais, políticos, acadêmicos ou pessoais relacionados a este manuscrito. O estudo original não recebeu financiamento específico. Devido ao conteúdo sensível e ao risco de identificação contextual, as transcrições integrais não estão disponíveis publicamente. Materiais analíticos desidentificados poderão ser avaliados mediante solicitação justificada, observadas as condições éticas e de confidencialidade aplicáveis.

Referências

1. Hartz ZMA, Vieira-da-Silva LM, organizadoras. Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde [Internet]. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; Salvador: EDUFBA; 2005 [citado 2026 jul 23]. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/xzdnf>. doi: [10.7476/9788575415160](https://doi.org/10.7476/9788575415160).
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. PNASS: Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2015 [citado 2026 jul 23]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/acesso-a-informacao/gestao-do-sus/programacao-regulacao-controle-e-fnanciamento-da-mac/publicacoes/caderno-pnass-2015.pdf>.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.654, de 19 de julho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2011 [citado 2026 jul 23]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1654_19_07_2011.html.

4. Bevan G, Hood C. What's measured is what matters: targets and gaming in the English public health care system. *Public Adm.* 2006;84(3):517-38. doi: 10.1111/j.1467-9299.2006.00600.x.
5. Sampaio J, Moraes MN, Marcolino EC, Castro ID, Gomes LB, Clementino FS. PMAQ-AB: a experiência local para a qualificação do programa nacional. *Rev Enferm UFPE On Line.* 2016;10(supl 5):4318-28. doi: 10.5205/reuol.9284-81146-1-SM.1005sup201620.
6. Donabedian A. The quality of care: how can it be assessed? *JAMA.* 1988;260(12):1743-8. doi: 10.1001/jama.260.12.1743.
7. Power M. *The audit society: rituals of verification.* Oxford: Oxford University Press; 1997.
8. Moreira NST. PMAQ e gestão da atenção primária à saúde: cenários político, organizativo e processo de trabalho para uma cultura avaliativa na saúde [dissertação]. Fortaleza (CE): Universidade Estadual do Ceará; 2019.
9. Moreira NST, Gondim APS, Moraes APP. Compreensão de gestores municipais sobre o PMAQ: experiência na Região de Saúde do Crato. *Saude Debate.* 2025;49(146):e9850. doi: 10.1590/2358-289820251469850I.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2019 [citado 2026 jul 23]. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-2.979-de-12-de-novembro-de-2019-226252769>.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 3.493, de 10 de abril de 2024. Institui nova metodologia de cofinanciamento federal do Piso de Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2024 [citado 2026 jul 23]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2024/prt3493_11_04_2024.html.
12. Heaton J. *Reworking qualitative data.* London: SAGE; 2004.
13. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qual Res Psychol.* 2006;3(2):77-101. doi: 10.1191/1478088706qp063oa.
14. Riquieri MRL, Carvalho ALB, Ouverney ALM, Sarti TD. Perfil dos secretários municipais de Saúde do Brasil: um panorama de três décadas. *Rev Adm Publica.* 2022;56(5):683-93. doi: 10.1590/0034-761220220132.
15. Costa NR, Silva PRF, Jatobá A. A avaliação de desempenho da atenção primária: balanço e perspectiva para o programa Previne Brasil. *Saude Debate.* 2022;46(esp 8):8-20. doi: 10.1590/0103-11042022E801I.
16. Seta MHD, Ocké-Reis CO, Ramos ALP. Programa Previne Brasil: o ápice das ameaças à Atenção Primária à Saúde? *Cien Saude Colet.* 2021;26(supl 2):3781-6. doi: 10.1590/1413-81232021269.2.01072020.
17. Morosini MVGC, Fonseca AF, Baptista TWF. Previne Brasil, Agência de Desenvolvimento da Atenção Primária e Carteira de Serviços: radicalização da política de privatização da atenção básica? *Cad Saude Publica.* 2020;36(9):e00040220. doi: 10.1590/0102-311X00040220.
18. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual instrutivo para as equipes de Atenção Básica e NASF: Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), terceiro ciclo (2015-2017) [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2015 [citado 2026 jul 23]. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/pmaq/ciclos-do-pmaq-ab/3o-ciclo/manuais-pmaq/manual_instrutivo_3_ciclo_pmaq.pdf/view.

Estratégias de Promoção da Segurança do Paciente na Atenção Primária à Saúde: revisão de escopo

Strategies for Promoting Patient Safety in Primary Health Care: A Scope Review

Estrategias para la Promoción de la Seguridad del Paciente en la Atención Primaria de Salud: una Revisión de Alcance

Jéssyca Lorrane Dias ¹
Creuza Gomes Ferreira Neta ²
Luciana Melo de Moura ³
Manuela Costa Melo ⁴
João Paulo Almeida Brito da Silva ⁵
Helena Eri Shimizu ⁶

¹ Hospital Sírio-Libanês

² Escola de Governo Fiocruz

³ Escola de Saúde Pública do Distrito Federal | melo310577@gmail.com

⁴ Escola Saúde Pública do Distrito Federal (ESPDF) | melomanuela91@gmail.com

⁵ Agência Brasileira de Apoio à Gestão do Sistema Único de Saúde

⁶ Universidade de Brasília (UnB) | shimizu@unb.br

RESUMO

Objetivo: Identificar evidências científicas de estratégias para promoção e a segurança do paciente na Atenção Primária à Saúde. **Método:** Trata-se de revisão de escopo, realizado entre fevereiro a setembro de 2023, nas bases de dados, *Pubmed*, *Scielo*, Biblioteca Virtual em Saúde e *Google Scholar*. Foram incluídos artigos originais e de revisão, *guidelines*, manuais e protocolos cuja temática abordava estratégias para promoção da segurança do paciente no contexto da atenção primária à saúde, sendo eles em inglês, português e espanhol cujos artigos foram publicados entre os anos de 2015 e 2022. **Resultados:** Foram identificados 50 artigos, 24% publicados em 2021, sendo 88% na língua inglesa, predominância de artigos de método qualitativo. Optou-se pela apresentação sintética das características principais dos estudos analisados e das estratégias de promoção de segurança do paciente. Dividido em domínios temáticos: Assistência segura, Liderança e gestão, Comunicação segura, Cultura e segurança, e Ambiente seguro. **Conclusão/Implicações para a prática:** As estratégias identificadas demonstram esforço da comunidade científica, para minimizar os incidentes e prevenir possíveis eventos adversos, como forma de garantir a segurança do paciente.

Palavras-chave: Atenção Primária à saúde, Liderança, Revisão de escopo, Segurança do Paciente, Sistema Único de Saúde

ABSTRACT

Objective: To identify scientific evidence of strategies for promoting patient safety in Primary Health Care. **Method:** This is a scoping review conducted between February and September 2023, using the databases *Pubmed*, *Scielo*, *Virtual Health Library*, and *Google Scholar*. Original

and review articles, guidelines, manuals, and protocols were included if they addressed strategies for promoting patient safety in the context of primary health care, in English, Portuguese, and Spanish, and published between 2015 and 2022. **Results:** 50 articles were identified, 24% published in 2021, with 88% in the English language, predominantly qualitative method articles. A synthetic presentation of the main characteristics of the analyzed studies and patient safety promotion strategies was chosen. Divided into thematic domains: Safe care, Leadership and management, Safe communication, Culture and safety, and Safe environment. **Conclusion/Implications for practice:** The identified strategies demonstrate the scientific community's effort to minimize incidents and prevent potential adverse events, as a way to ensure patient safety.

Keywords: Primary Health Care, Leadership, Security Strategies, Scoping Review, Patient Safety, Unified Health System

RESUMEN

Objetivo: Identificar evidencia científica de estrategias para la promoción y la seguridad del paciente en la Atención Primaria de Salud. **Método:** Se trata de una revisión de alcance, realizada entre febrero y septiembre de 2023, en las bases de datos Pubmed, Scielo, Biblioteca Virtual en Salud y Google Scholar. Se incluyeron artículos originales y de revisión, guías, manuales y protocolos cuya temática abordaba estrategias para la promoción de la seguridad del paciente en el contexto de la atención primaria de salud, siendo estos en inglés, portugués y español, y publicados entre los años 2015 y 2022. **Resultados:** Se identificaron 50 artículos, 24% publicados en 2021, siendo el 88% en inglés, con predominancia de artículos de método cualitativo. Se optó por la presentación sintética de las características principales de los estudios analizados y de las estrategias de promoción de la seguridad del paciente. Dividido en dominios temáticos: Atención segura, Liderazgo y gestión, Comunicación segura, Cultura y seguridad y Entorno seguro. **Conclusión/Implicaciones para la práctica:** Las estrategias identificadas muestran el esfuerzo de la comunidad científica por minimizar los incidentes y prevenir posibles eventos adversos, como forma de garantizar la seguridad del paciente.

Palabras-clave: Atención Primaria de Salud, Liderazgo, Revisión de Alcance, Seguridad del Paciente, Sistema Único de Salud

INTRODUÇÃO

Em 2002, em decorrência da preocupação com a segurança do paciente, a Organização Mundial de Saúde (OMS) estabeleceu o *The World Alliance for Patient Safety* programa com a finalidade de desenvolver políticas mundiais de melhoria da qualidade dos serviços de saúde.¹ Este programa representa um marco importante para as políticas de saúde no mundo, uma vez que se tornou o ponto de partida para a discussão do tema, levando ao desenvolvimento da Classificação Internacional de Segurança do Paciente que, por sua vez, definiu incidente como sendo todo e qualquer evento ou circunstância que poderia ter resultado ou resultou em dano desnecessário ao paciente.¹

Embora a temática de Segurança do Paciente tenha ganhado destaque nacional ao longo dos anos, pesquisas referentes ao tema têm sido centrados em ambientes hospitalares, tendo em vista a complexidade dos cuidados nos níveis de atenção secundário e terciário.² Considera-se a Atenção Primária à Saúde (APS), a porta de entrada preferencial do Sistema Único de Saúde (SUS), e a coordenadora da Rede de Atenção à Saúde (RAS), servindo de base para o ordenamento e a efetivação da integralidade, promovendo assistência à saúde de qualidade, resolutiva e segura à população.²⁻³

Nesse contexto, com a implementação das portarias, a cobertura de saúde da família cresceu, em pouco mais de um ano, de cerca de 30% para 69,1%, com 549 equipes de saúde da família.⁴ Nesse novo cenário de organização da atenção à saúde, por meio da ESF, verificou-se a relevância da temática segurança do paciente, tendo em vista que um estudo identificou uma incidência de três incidentes de segurança por 1.000 atendimentos no trimestre estudado. Em 82% dos incidentes, houve envolvimento do usuário. Em 39 notificações (37%), houve registro de dano, sendo 33% de dano mínimo, 17% de dano moderado e dois óbitos.⁵ Ademais, a polimedicação e erros na prescrição também estão relacionados com incidentes na APS.⁶

Haja vista, a escassez de conteúdo científico na literatura brasileira no que concerne à Segurança do Paciente na APS, justifica-se a inquietação sobre a temática, pois entende-se que onde se proporcionam cuidados de saúde acontecem eventos adversos e, que em sua maioria poderiam ser evitados³. Com base nesse novo panorama de organização do sistema de saúde do Distrito Federal, pensar a segurança do paciente na APS implica mudança de paradigma em que se manifesta um predomínio de estudos sobre o tema no cenário hospitalar. Portanto, esta pesquisa pretende reunir subsídios que contribuam para melhorias no sistema de saúde. Sendo assim, possui como objetivo identificar evidências científicas de estratégias para promoção e a segurança do paciente na Atenção Primária à Saúde.

MÉTODO

Para a condução desta pesquisa utilizou-se o método de revisão de escopo⁷. Estruturou-se esta revisão em cinco etapas, conforme proposto por Arksey e O'Malley⁸, identificação da pergunta de pesquisa; busca por estudos relevantes ao tema; seleção dos estudos; extração dos dados; agrupamento dos dados, resumo e apresentação dos resultados.

Etapas 1: identificação da pergunta de pesquisa

Para a elaboração da pergunta de pesquisa e método de busca, adotou-se a estratégia PCC - P: População, C: Conceito, C: Contexto, definida neste estudo como: P – estudos que apresentem usuários das Unidades Básicas de Saúde; C - Estratégias de Segurança do Paciente, C - Atenção Primária à Saúde.⁸ Elaborou-se a seguinte pergunta - Quais as principais estratégias de promoção da segurança do paciente na APS disponível na literatura?

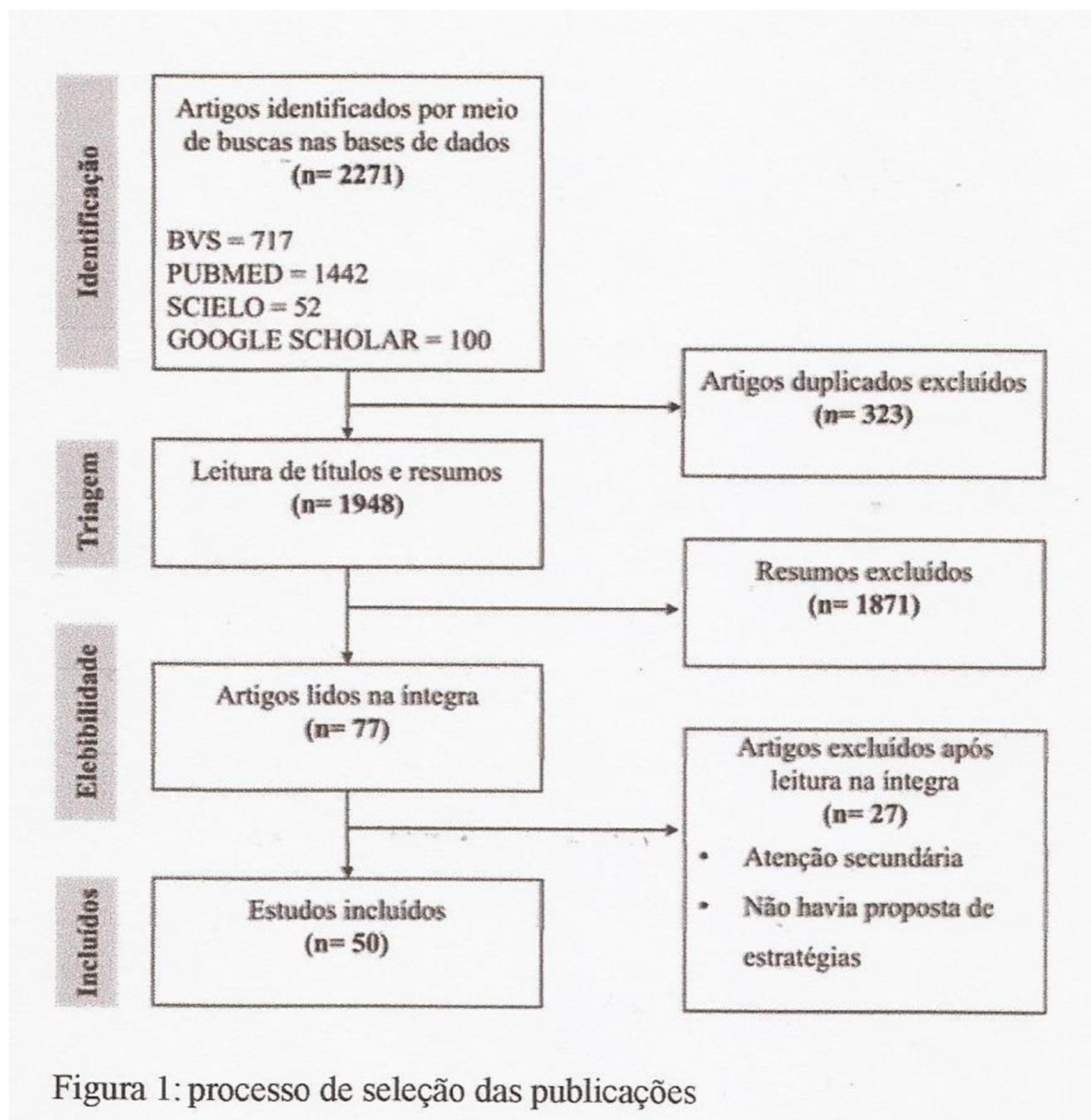
Etapa 2: busca por estudos relevantes ao tema

As buscas foram realizadas no período de fevereiro a setembro de 2023, nas bases de dados, *Pubmed*, *Scielo*, Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e *Google Scholar*, foram utilizados os descritores em Ciências da Saúde (DeCS) ou *Medical Subject Headings* (MeSH) em inglês e português, sendo eles: *patient safety*, *primary health care*, *health strategies*. Para as buscas no *google scholar* foram usadas as palavras-chave: *patient safety*, *health strategies*, *safety protocols* e *primary health care*. Os descritores e palavras-chave foram utilizados de forma combinada cruzando os descritores entre si, por meio do operador booleano “AND” para ampliar a busca na literatura e garantir a qualidade da revisão.

Etapa 3: seleção dos estudos

Foram incluídos artigos originais e de revisão, *guidelines*, livros, manuais e protocolos cuja temática abordava estratégias para promoção da segurança do paciente no contexto da APS, sendo eles em inglês, português ou espanhol cujos artigos foram publicados entre os anos de 2015 e 2022. Foram excluídos os artigos que abordavam a segurança do paciente na atenção secundária ou terciária.

Após a associação dos descritores, foram encontrados 2.271 artigos indexados nas bases escolhidas. Removidos 323 estudos duplicados, permanecendo para análise de títulos e resumos 1.948 artigos, sendo que desses, 77 selecionados para leitura na íntegra. Após essa leitura, a amostra final foi composta por 50 estudos. O processo de seleção das publicações nacionais e internacionais encontra-se descrito na figura 1, de acordo com o modelo PRISMA.⁹



Etapa 4: extração dos dados

Com o objetivo de selecionar os estudos relevantes ao tema, foi utilizado *software* online gratuito (*Rayyan*) para auxiliar a triagem e seleção dos artigos encontrados nas bases de dados. O resultado das buscas foi exportado para o *Rayyan*, onde foi realizada a leitura de títulos e resumos por dois pesquisadores, e as dúvidas eram solucionadas com o terceiro e quarto pesquisador. Os artigos selecionados, após esta etapa, foram lidos na íntegra a fim de realizar a extração de dados relevantes para compor esta revisão.

Etapa 5: agrupamento dos dados, resumo e apresentação dos resultados.

Os dados extraídos do estudo foram analisados descritivamente por dois pesquisadores e o apoio de dois especialistas no intuito de definir a caracterização do país, ano de publicação, desenho do estudo, objetivo, os domínios temáticos, conforme a proposta de Arksey e O'Malley⁸. Para facilitar a visão geral de toda a literatura, optou-se pela apresentação sintética das características principais dos estudos analisados e das estratégias de promoção de segurança do paciente, encontradas na literatura. A apresentação das estratégias extraídas dos artigos incluídos nesta revisão, foi dividido domínios temáticos, a fim de facilitar o agrupamento dos dados e a compreensão do leitor. Foram denominados da seguinte maneira: Assistência segura, Liderança e gestão, Comunicação segura, Cultura e segurança, e Ambiente seguro.

RESULTADOS

A amostra final foi composta por 50 estudos. No que se refere ao ano de publicação, onze artigos (22%) foram publicados em 2022, doze artigos (24%) em 2021, quatro (8%) em 2020, cinco (10%) foram publicados em 2019, dois (4%) em 2018, cinco (10%) em 2017, seis (12%) em 2016 e cinco (10%) em 2015. No que refere ao idioma, 44 artigos (88%) foram publicados na língua inglesa, cinco em língua portuguesa (10%) e um em língua espanhola (2%). A apresentação completa dos dados que caracterizam os estudos selecionados para esta revisão, estão disponíveis no Quadro 1.

Com relação aos países, onde os artigos foram publicados, é possível observar que os países que mais publicaram estudos relacionados ao tema, foram os Estados Unidos (24%), Espanha (16%), Brasil (14%) Inglaterra (14%) e Suíça (14%). No que diz respeito ao desenho metodológico, houve predominância de artigos de método qualitativo (n=18), seguido por revisão sistemática (n=11), estudos de revisão de escopo, narrativa e integrativa (n=8), ensaios clínicos (n=5), estudos observacionais (n=4) e de métodos mistos (n=4).

Quadro 1. Caracterização com relação ao país, ano de publicação, desenho do estudo e objetivo.

Artigo	País/Ano	Desenho do estudo	Objetivo
A ¹⁰	Brasil/2022	Pesquisa qualitativa	Compreender a percepção da equipe de enfermagem da APS sobre a segurança do paciente.
A ¹¹	Austrália/2020	Pesquisa quali-quantitativa	Investigar a viabilidade de um feedback do paciente sobre a intervenção de segurança na atenção primária.

A ¹²	Espanha/ 2016	Revisão Sistemática	Construir propostas para o futuro da segurança do paciente na APS.
A ¹³	Finlândia/ 2021	Estudo qualitativo	Explorar as práticas atuais de renovação da perspectiva do médico de cuidados primários.
A ¹⁴	China/ 2021	Revisão Sistemática	Revisar de forma abrangente as características dos problemas relacionados aos medicamentos na APS.
A ¹⁵	Espanha /2021	Estudo observaciona l e quase- experimental	Definir mapa de risco de segurança do paciente usando a descrição e análise de incidentes na APS.
A ¹⁶	Eslovênia / 2021	Pesquisa qualitativa	Avaliar a cultura de segurança do paciente entre todos os funcionários do Centro de Saúde Comunitário de Ljubljana.
A ¹⁷	Inglaterra /2021	Pesquisa qualitativa	Investigar os facilitadores e barreiras para a segurança psicológica em equipes multidisciplinares da atenção primária.
A ¹⁸	EUA/202 1	Pesquisa qualitativa	Explorar os papéis dos assistentes sociais na facilitação da segurança da medicação para idosos.
A ¹⁹	EUA/202 1	Ensaio clínico randomizado	Examinar o impacto de uma intervenção focada em facilitar a liderança durante as reuniões de otimização do cuidado baseado em equipe.
A ²⁰	Inglaterra/ 2021	Revisão de Escopo	Identificar evidências de pesquisa que correspondam às experiências de uso de máscaras por profissionais de saúde.
A ²¹	Brasil/ 2021	Revisão Integrativa	Identificar na literatura científica erros de medicação e os incidentes relacionados na APS.
A ²²	Espanha/ 2020	Estudo prospectivo descritivo	Descrever a frequência e os tipos de quase-incidentes e as estratégias de recuperação empregadas por enfermeiros na APS.
A ²³	Brasil/ 2019	Pesquisa Método Misto	Avaliar a cultura de segurança dos enfermeiros na APS de um município da Região Metropolitana de Curitiba.
A ²⁴	EUA/201 7	Revisão sistemática	Promover estratégias para reduzir lesões e desenvolver confiança em idosos a fim de comparar os efeitos de uma intervenção multifatorial com os de uma intervenção aprimorada de cuidados usuais.
A ²⁵	Inglaterra/ 2017	Pesquisa qualitativa	Explorar as experiências e percepções dos pacientes sobre segurança do paciente em práticas gerais inglesas.
A ²⁶	Suiça/201 6	Manual	Fornecer compêndio de informações sobre questões-chave que podem impactar a segurança na prestação de cuidados de saúde primários.
A ²⁷	Bélgica /2015	Revisão narrativa	Revisar a literatura sobre a qualidade da comunicação escrita, o impacto das ineficiências da comunicação e recomendações para melhorar a comunicação escrita na área da saúde.

A ²⁸	EUA/2016	Capítulo de livro	Descrever o contexto atual de segurança do paciente na APS e as abordagens estratégicas podem ser aplicadas neste contexto.
A ²⁹	Suíça/2020	Diretrizes clínicas	Divulgar orientações sobre estratégias de prevenção e controle de infecções durante os cuidados de saúde quando suspeita de COVID-19
A ³⁰	Geórgia/2019	Revisão da Literatura	Revisar na literatura as interações medicamentosas mais comuns que podem ser encontradas no ambiente de cuidados primários.
A ³¹	Brasil/2019	Corte transversal	Caracterizar e determinar a prevalência de polifarmácia em pacientes com doenças crônicas e identificar os fatores associados.
A ³²	Brasil/2019	Pesquisa qualitativa	Compreender as concepções dos enfermeiros atuantes na Estratégia Saúde da Família sobre a segurança do paciente na APS e como estas repercutem nas ações cotidianas dos profissionais.
A ³³	Inglaterra/2016	Pesquisa qualitativa	Identificar estratégias de monitoramento da segurança do paciente na APS.
A ³⁴	Espanha/2017	Revisão Sistemática	Apresentar o sistema de certificação da qualidade baseado na norma ISO 9001:2008 e determinar o papel da enfermagem na criação de uma cultura de segurança e qualidade na APS.
A ³⁵	Holanda/2015	Pesquisa qualitativa	Fornecer ampla visão geral com orientações práticas sobre como melhorar a segurança do paciente.
A ³⁶	Inglaterra/2015	Revisão Sistemática	Avaliar o impacto de fornecer aos pacientes acesso aos seus registros eletrônicos de saúde de clínica geral e outros serviços on-line.
A ³⁷	Espanha/2015	Revisão Sistemática	Descrever a implementação de uma estratégia de segurança do paciente na APS da Comunidade de Madrid.
A ³⁸	Polônia/2021	Pesquisa qualitativa	Identificar as estratégias de segurança do paciente consideradas importantes na Polônia e compará-las com um estudo holandês anterior.
A ³⁹	Austrália/2018	Pesquisa qualitativa	Identificar questões que envolvem a notificação de erros de medicação em enfermagem comunitária e estratégias de melhoria relacionadas à segurança da medicação.
A ⁴⁰	EUA/2015	Ensaio Clínico Randomizado	Avaliar uma estratégia baseada em registros eletrônicos de saúde sobre alfabetização em saúde para promover o uso seguro e eficaz de medicamentos prescritos na APS.
A ⁴¹	EUA/2016	Ensaio Clínico Randomizado	Avaliar a eficácia da Estratégia de Comunicação Completa de Medicamentos Eletrônicos.
A ⁴²	Suécia/2021	Pesquisa qualitativa	Descrever como mulheres idosas com osteoporose vivenciam a participação no Programa StayBalanced.

A ⁴³	Espanha/ 2020	Pesquisa qualitativa	Explorar as percepções, opiniões e sugestões dos profissionais da APS sobre uma intervenção de feedback do paciente, projetada para melhorar a segurança do paciente em centros de APS da Espanha.
A ⁴⁴	Espanha/ 2018	Revisão sistemática	Revisar a literatura publicada sobre o uso inadequado de medicamentos e articular recomendações sobre como reduzi-los em pacientes crônicos, principalmente idosos, polimedicados ou multipatológicos.
A ⁴⁵	Arábia Saudita/ 2017	Pesquisa qualitativa	Descobrir o conhecimento sobre higiene das mãos entre trabalhadores da APS no distrito de saúde de Abha, sudoeste da Arábia Saudita.
A ⁴⁶	Espanha /2019	Estudo de coorte	Avaliar a evolução de pacientes crônicos e polimedicados após a implementação de um programa de melhoria da qualidade na Área de Saúde de Santiago de Compostela.
A ⁴⁷	EUA/201 7	Pesquisa qualitativa	Desenvolver e testar método piloto de monitoramento do uso de medicamentos pelo paciente em ambientes ambulatoriais.
A ⁴⁸	EUA/202 2	Estudo transversal	Descrever como um grupo diversificado de práticas de atenção primária abordou esses desafios no início da pandemia de COVID-19, na primavera de 2020.
A ⁴⁹	EUA/202 2	Revisão narrativa	Compreender questões e lacunas na colaboração entre farmacêuticos comunitários e PCP em relação à otimização da segurança dos medicamentos em ambientes comunitários.
A ⁵⁰	Guine/ 2022	Estudo de Intervenção não randomizado	Avaliar o conhecimento, a atitude e as práticas de higiene das mãos e o consumo de álcool, entre os profissionais de saúde da APS, antes e após a implementação da estratégia da OMS.
A ⁵¹	Espanha/ 2022	Método misto	Examinar a viabilidade da execução da intervenção e dos procedimentos experimentais.
A ⁵²	Reino Unido/ 2022	Revisão sistemática	Investigar o impacto dos algoritmos de IA na gestão de medicamentos em ambientes de cuidados primários e comparar com a prática clínica padrão.
A ⁵³	EUA/202 2	Análise de dados cruzados	Apoiar o desenvolvimento de futuros CIRS nos cuidados primários, através da recolha de informações sobre os sistemas existentes.
A ⁵⁴	Canadá/ 2022	Ensaio clínico	Avaliar a eficácia e a satisfação com um registro eletrônico de saúde integrado ao aplicativo de reconciliação de medicamentos.
A ⁵⁵	Suíça/ 2022	Manual	Identificar temas ou mudanças nos domínios da segurança do paciente.
A ⁵⁶	Reino Unido/ 2023	Estudo qualitativo	Captar as experiências dos pacientes e dos médicos sobre a gestão de suspeitas de COVID-19 aguda.

A ⁵⁷	EUA/ 2021	Estudo de coorte prospectivo	Explorar as experiências do paciente e do clínico em relação à desprescrição de medicamentos potencialmente inapropriados em pacientes com histórico de queda.
-----------------	--------------	------------------------------------	--

Legenda: APS – Atenção Primária de Saúde; CIRS - Sistemas de notificação de incidentes críticos; COVID-19 - Coronavírus 2019; IA – Inteligência artificial; ISSO - [International Organization For Standardization](#); OMS – Organização Mundial de saúde; STRID - *Reduce Injuries and Develop confidence in Elders Strategies*.; EUA=Estados Unidos da América

Fonte: próprios autores

A leitura e análise dos estudos forneceram embasamento para a elaboração dos domínios temáticos, com as principais estratégias de promoção de segurança do paciente, conforme definido abaixo.

Domínio A: Assistência Segura

Este domínio se concentra na garantia de uma assistência segura e livre de riscos. Isso abrange interações medicamentosas, polimedicação, segurança da prescrição, administração de medicamentos, obtenção de informações detalhadas sobre o paciente, participação dos profissionais, bem como a prevenção de erros, incluindo erros e atrasos de diagnóstico. Também aborda a prevenção e controle de infecção, incluindo infecções relacionadas à assistência à saúde e medidas específicas para enfrentamento da COVID-19.

Domínio B: Liderança e Gestão

Neste domínio, a ênfase recai sobre a liderança comprometida com a segurança do paciente, gestão de riscos para prevenção de erros, gestão da saúde dos profissionais de saúde e o apoio da liderança. Além disso, abrange o monitoramento da segurança do paciente para identificar e abordar quaisquer problemas que possam surgir.

Domínio C: Comunicação Segura

A comunicação segura é vital para a segurança do paciente, e este domínio aborda diversos aspectos relacionados a ela. Inclui o uso de tecnologias de informação para compartilhar dados de forma segura, o acolhimento e a escuta qualificada para entender as necessidades dos pacientes, bem como a notificação de eventos adversos para garantir que incidentes sejam comunicados e abordados adequadamente. A participação ativa do paciente no seu próprio cuidado é incentivada, para garantir efetividade da comunicação. Este domínio também inclui estratégias para minimizar as barreiras de comunicação, como exemplo o uso de máscaras cirúrgicas, para garantir uma comunicação segura. Além disso, inclui-se a comunicação escrita sem ruídos para garantir a segurança do paciente.

Domínio D: Cultura de Segurança

A cultura de segurança é um aspecto fundamental da segurança do paciente. Esse domínio envolve a promoção de um clima de segurança, que incentiva os profissionais de saúde a relatarem incidentes e aprender com eles. A educação sobre segurança do paciente é crucial para garantir que todos compreendam a importância de práticas seguras. O trabalho em equipe é enfatizado, uma vez que a colaboração entre os profissionais de saúde é essencial para a segurança do paciente.

Domínio E: Ambiente Seguro

A segurança do ambiente é vital para a segurança do paciente. Isso inclui a prevenção de quedas, abordando fatores como deficiência de força, problemas na marcha ou equilíbrio, e ambientes domiciliares com segurança inadequada. Além disso, o ambiente de trabalho também é considerado, garantindo que as condições de trabalho sejam seguras para os profissionais de saúde e para os pacientes que circulam na unidade, protegendo-os contra riscos e infecções, quedas e acidentes.

DISCUSSÃO

Cabe ressaltar que está fora do escopo desta revisão, comentar sobre todas as estratégias de promoção à segurança do paciente na APS encontradas neste estudo. Sendo assim optou-se por abordar as principais estratégias com base nos incidentes mais comuns nesse ambiente de saúde, sendo eles: incidentes relacionados à medicamentos, gestão/liderança ineficaz, comunicação e erros de diagnóstico.

Alguns pesquisadores apontam que os incidentes mais comuns na APS são relacionados à diagnóstico, tratamento, administração e comunicação.^{2,8,59} Um estudo de revisão sistemática analisou 49 artigos e obteve a frequência relativa (%) mínima e máxima, respectivamente, dos incidentes que mais ocorrem na APS, revelando que os incidentes relacionados à diagnóstico apresentaram frequência relativa variando de 26% a 57%, tratamento de 7% a 37%, tratamento medicamentoso de 13% a 53%, organização do serviço de 9% a 56% e comunicação interprofissional e entre profissional-paciente de 5% a 72%.⁵⁸

Torna-se necessário ressaltar que a assistência insegura e de má qualidade também gera custo econômico, devido ao desperdício de recursos, a perda de produtividade e eficiência no atendimento à população. Nesse cenário, é importante que as equipes de saúde atuem com estratégias centradas no cuidado do paciente.^{31,58} As principais estratégias encontradas para evitar a polimedicação e interações medicamentosas incluem a diminuição do número de medicamentos prescritos, monitorar os medicamentos envolvendo o paciente, familiares ou

cuidadores no cuidado e a utilização de sistemas informatizados por profissionais que identifiquem potenciais problemas e pacientes com dificuldades na adesão à medicação. Além disso, educar o paciente para utilizar medicamentos somente com o conhecimento da equipe e a realização de educação continuada para os profissionais prescritores.^{21,30-31,46}

Outros incidentes relacionados à medicação são referentes a prescrição, que apresentam 3% a 5% de falhas e grande potencial de dano grave,⁵⁸ além de aumentar gastos no tratamento. É de conhecimento que em torno de 80% dos pacientes que utilizam os serviços da APS saem com prescrição de medicamentos.⁵⁹ Pesquisadores apontam o atendimento centrado no cuidado ao paciente como estratégia que deve ser realizado pela equipe de saúde, a qual inclui o prestador de cuidados primários, outros profissionais e o próprio paciente.³¹ Outra estratégia para a segurança da prescrição é a integração do farmacêutico como membro da equipe, de forma que possa realizar consulta individuais para problemas ou esclarecer dúvidas sobre a terapia medicamentosa e realizar a reconciliação de medicamentos.²¹

Em relação aos efeitos adversos ocasionados por erros de administração de medicamentos, no Brasil corresponde à 7% das internações hospitalares, cerca de 840 mil casos ao ano. Entre as principais causas de erros estão a dificuldade de compreensão da prescrição, letra ilegível, pouca ou nenhuma orientação referente à administração e uso do medicamento, dispensação errada, entre outros.⁵⁸ Dessa forma, as estratégias obtidas para diminuir erros na administração de medicamentos incluem promoção de cursos de capacitação e educação continuada para os profissionais, estimular a equipe revisar as instruções médicas, preparação dos medicamentos e pensar antes de administrar a medicação. Além disso, reduzir a sobrecarga de trabalho com o aumento do número de profissionais e melhorar gerenciamento de equipe.^{15,22-23,39}

A gestão de risco assume que erros são possíveis e dependem da interação de diversos fatores relacionados à estrutura e funcionamento de instituições. Tais erros podem ser devido à própria organização, falta de liderança, formação insuficiente e características do ambiente. Além disso, trabalho em condições estressantes, pressão no ambiente de trabalho, burnout e demandas de pacientes e familiares podem favorecer erros na área da saúde. Diante disso, cabe às instituições elaborarem planos estratégicos com o objetivo de prevenir eventos adversos, melhorar a qualidade e reduzir custos assistenciais.²²

Dentre as estratégias para gerenciar riscos e evitar eventos adversos foram encontradas o gerenciamento de suprimentos de emergência, como revisar o carrinho de emergência, repor suprimentos, verificar se há estoque disponível, conferir produtos vencidos e

caso tenha, retirá-los e substituí-los e vedar o carrinho. Outro aspecto é o gerenciamento da formação dos profissionais, devendo ocorrer atualização clínica, comunicação e análise de incidentes. Para evitar possíveis infecções a estratégia é gerenciamento do processo de esterilização e desinfecção de instrumentos. Gerenciar equipamentos de saúde é de suma relevância, devendo ocorrer a manutenção periódica e o treinamento dos profissionais para o uso correto dos equipamentos. Quando ocorrer incidentes, é necessário realizar a notificação e aprender com o evento.^{15,23,34}

De acordo com o estudo exploratório e descritivo com abordagem qualitativa que realizou entrevistas com 22 profissionais da enfermagem, a sobrecarga de trabalho associada à fadiga dos profissionais de saúde foi mencionada como um dos fatores de risco que pode ocasionar erros.⁶⁰ Assim, a identificação e o gerenciamento adequado de *burnout* em profissionais de saúde faz parte das estratégias para promoção da segurança do paciente.³⁸

Outro estudo, com a mesma metodologia, realizado com 10 enfermeiras atuantes na APS e identificou fatores que podem interferir na segurança do paciente como falta de recursos humanos, a sobrecarga de trabalho dos profissionais de saúde e material escasso ou inapropriado que impactam na qualidade do cuidado.³⁷ Uma gestão comprometida poderá proporcionar a redução da sobrecarga de trabalho, por meio do aumento do número de profissionais e melhorando o gerenciamento da equipe, bem como, promovendo recursos materiais e um ambiente de trabalho adequado.^{16-17,59}

A comunicação eficaz é um dos indicadores de qualidade do serviço de saúde, uma vez que possui um papel importante na construção de relações terapêuticas, sendo as relações profissionais funcionais um pré-requisito na prestação de cuidados de alta qualidade. Dessa forma, a prática de prestação de cuidados em saúde está diretamente vinculada com uma comunicação efetiva entre os membros da equipe de saúde e dos profissionais com o paciente.^{17,26}

De acordo com os estudos encontrados nesta revisão, os principais problemas relacionados à comunicação no ambiente de saúde são: falhas na comunicação escrita, na comunicação terapêutica e interação paciente-equipe de saúde, na comunicação de eventos adversos e falha da comunicação entre os membros da equipe.^{20,27,32,39}

A comunicação escrita é o meio de comunicação mais usual nos ambientes de saúde, e às vezes o único. No que se refere aos erros de comunicação escrita, as pesquisas demonstram que esse problema ocorre principalmente com as prescrições medicamentosas,

registro de informações do paciente no prontuário e cartas de encaminhamento dos pacientes aos especialistas de Atenção Secundária.^{6,14,27}

Outras falhas de comunicação podem resultar da relutância do paciente ou dos membros da equipe em solicitar esclarecimentos diante da incompreensibilidade, falhas relacionadas a barreiras físicas que afetam a compreensão da linguagem verbal e não verbal, como por exemplo o uso de máscaras cirúrgicas e a insegurança psicológica, que dificulta a comunicação de eventos adversos.^{17,20,27}

As comunicações incompreensíveis podem gerar impacto direto na capacidade do paciente de se envolver em seus próprios cuidados de saúde, de tomar decisões e de dar consentimento. Ademais, as informações coletadas pela equipe de saúde podem ficar comprometidas, resultando em imprecisões clínicas, o que por sua vez, compromete diretamente a segurança do paciente, aumentando o risco de incidentes relacionados à erros de diagnóstico e prescrição.^{20-21,28}

Minimizar os ruídos de comunicação, seja ela verbal ou não verbal é uma medida de promoção de segurança, uma vez que esses erros podem implicar em danos diretos aos pacientes. Um estudo realizado no ano de 2018 em um Centro de Saúde, na Espanha, revelou que um número significativo de quase-incidentes (48,65%), estiveram relacionados com a administração e comunicação, sendo que grande parte deles poderiam ter sido evitados com uma comunicação efetiva entre os membros da equipe.²²

As principais estratégias descritas, nesta pesquisa, demonstram um esforço em comum da comunidade acadêmica para reduzir as falhas de comunicação. Todos os estudos encontrados nesta revisão, que tiveram seu tema direcionado à comunicação no ambiente de saúde, corroboram com a prerrogativa de minimizar os erros de comunicação como forma de garantir a qualidade da assistência e segurança do paciente.^{20,22,27} Definiu-se os 'problemas de comunicação' como incidentes de segurança, em todos os artigos, os incidentes relacionados a comunicação não resultaram em danos graves ao paciente, sendo a gravidade dos danos associados aos incidentes considerada baixa.⁶

Dentre as principais estratégias incluídas, nesta revisão, encontram-se: desenvolvimento de escuta qualificada e acolhimento do usuário por parte da equipe de saúde, incentivo da comunicação do paciente com a equipe, uso de formas de comunicação visualmente acessíveis, fazer uso de letras legíveis nas cartas de encaminhamento e promover registros médicos integrados para comunicação com profissionais.^{18,20,27,32,38}

O termo “erros de diagnóstico” indica situações que levam a uma impressão clínica errônea da condição clínica do paciente, pode indicar um evento relativamente discreto, como por exemplo a falta de fratura em uma radiografia, ou uma investigação que se desenrola ao longo de meses ou anos, como um diagnóstico tardio de câncer devido a falhas no processo de investigação da doença.²⁷ O sistema de notificação de incidentes sugerem que o diagnóstico foram responsáveis por 4% a 45% de todos os incidentes relacionados à segurança do paciente relatados.⁶ Alguns autores reforçam que há um aumento crescente na incidência de erros de diagnóstico na APS. Dentre os diversos pontos a serem esclarecidos sobre o tema, alguns defendem que uma das causas dos erros relaciona-se com o tempo curto disponível para consultas médicas, que chega a variar entre 7 a 16 minutos em diversos países.^{6,28}

Muitos pacientes usuários do serviço de atenção primária apresentam manifestações clínicas precoces de doenças graves em um contexto de problemas sociais e comorbidades físicas pré-existentes, sendo o diagnóstico, nessas circunstâncias, considerado provisório. Diante desse cenário, os profissionais enfrentam a dificuldade de identificar poucos casos de doenças graves em meio a grande número de problemas de menor gravidade.²⁸

Encontra-se então, um paradigma, tendo em vista que investigar todos os problemas para obter certeza diagnóstica não é uma prática viável em um contexto de atenção primária, uma vez que submeter os pacientes a riscos de investigação por meio de exames e outros transtornos seria contraproducente.²⁸

Apesar de diversos autores considerarem que os erros de diagnóstico são os mais incidentes na APS e os mais passíveis de resultarem em danos graves aos pacientes, esta revisão não encontrou muitos estudos acerca do tema e suas estratégias de intervenção. De acordo com o livro *Safer Healthcare: Strategies for the real world*, “Os erros de diagnóstico ainda não receberam a atenção que merecem, considerando sua provável importância para causar danos ou tratamentos abaixo do padrão para os pacientes”.²⁸ Dado que corrobora com os achados deste estudo. Além disso, reforça-se que os erros de diagnóstico são difíceis de estudar, sendo, portanto, difíceis de definir e especificar, o que explica a escassez de estudos relacionados ao tema.²⁸

As principais estratégias encontradas nesta revisão, acerca do tema, são: investir mais tempo e esforço no acompanhamento dos pacientes que para uma apresentação inicial com sintomas potencialmente graves; trabalhar no desenvolvimento de sistemas à prova de falhas para testes anormais negligenciados e realizar busca ativa de pacientes que não compareceram a investigações planejadas ou consultas de acompanhamento.²⁸

CONCLUSÃO E IMPLICAÇÕES PARA PRÁTICA

O estudo realizado conseguiu atingir o objetivo ao identificar evidências científicas de estratégias para promoção e a segurança do paciente na Atenção Primária à Saúde. O estudo reforçou que a procura pelos serviços na Atenção Primária está cada vez maior e a complexidade dos cuidados acompanha essa estatística. As estratégias identificadas demonstram um esforço em comum da comunidade científica, para minimizar esses incidentes e prevenir possíveis eventos adversos, como forma de garantir a segurança do paciente. Entretanto, temas importantes ainda carecem de mais pesquisas, como por exemplo, a promoção da cultura de segurança do paciente na APS e erros diagnósticos, que apresentam grande impacto na segurança do paciente, no entanto, ainda são pouco abordados na literatura, como corrobora esta pesquisa.

Este estudo buscou avaliar a maioria dos estudos da literatura existente. No entanto, algumas limitações nesse processo ocorrerão, tendo em vista que existem estudos publicados em outros idiomas e em bases de indexação não incluídas neste estudo. As autoras também assumem que importantes pesquisas publicadas podem ter sido omitidas usando a estratégia de busca utilizada.

Apesar dos resultados encontrados, as pesquisas relacionadas à segurança do paciente na APS carecem de mais estudos com maiores níveis de evidência científica, uma vez que grande parte dos estudos encontrados sobre o tema, possuem baixos níveis de evidência. Os autores deste estudo sugerem que mais pesquisas sejam realizadas sobre o tema, a fim de incentivar práticas seguras nos serviços de saúde e melhorar a qualidade da assistência ao paciente.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. The conceptual framework for the International Classification for Patient Safety. Version 1.1. Final technical report. Geneva: World Health Organization; 2009. Disponível em: World Alliance for Patient Safety.
2. Raimondi DC, Bernal SCZ, Oliveira JLC, Matsuda LM. Cultura de segurança do paciente na atenção primária à saúde: análise por categorias profissionais. Rev Gaúcha Enferm. 2019;40(spe):e20180133. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180133>.
3. Fausto MCR, Rizzoto MLF, Giovanella L, Seidl H, Bousquat A, Almeida PF, et al. O futuro da Atenção Primária à Saúde no Brasil. Saúde debate.2018;42(spe1):124. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S101>.

4. Distrito Federal. Secretaria Estadual de Saúde. Portaria nº 78, de 14 de fevereiro de 2017. Distrito Federal, 2017. Disponível em: http://www.sinj.df.gov.br/sinj/Norma/1b6ab6da56874a4ab2719d2524fdb6c2/ses_prt_78_2017.html.
5. Aguiar TL, Lima DS, Moreira MAB, Santos LF dos, Ferreira JMBB. Incidentes de segurança do paciente na Atenção Primária à Saúde (APS) de Manaus, AM, Brasil. *Interface (Botucatu)*. 2020;24:e190622. DOI: <https://doi.org/10.1590/Interface.190622>
6. Bailey SC, Oramasionwu CU, Infanzon AC, Pfaff ER, Annis IE, Reuland DS. An Electronic Health Record–Based Strategy to Systematically Assess Medication Use Among Primary Care Patients With Multidrug Regimens: Feasibility Study. *JMIR Res Protoc*. 2017;6(8):e157. DOI: <https://doi.org/10.2196/resprot.7986>.
7. Munn Z, Peters MDJ, Stern C, Tufanaru C, McArthur A, Aromataris E. Systematic review or scoping review? Guidance for authors when choosing between a systematic or scoping review approach. *BMC Med Res Methodol*. 2018;19;18(1):143. DOI: 10.1186/s12874-018-0611-x.
8. Arksey H, O'Malley L. Scoping studies: towards a methodological framework. *International Journal of Social Research Methodology*. 2005;8(1):19–32. DOI: <https://doi.org/10.1080/1364557032000119616>.
9. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG. The PRISMA Group. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *PloS med*. 2009; 6(7): e100. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.1000097>
10. Silva LLT, Dias FC de S, Maforte NTP, Menezes AC. Segurança do paciente na Atenção Primária à Saúde: percepção da equipe de enfermagem. *Esc Anna Nery*. 2022;26:e20210130. DOI: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2021-0130>.
11. Hernan AL, Giles SJ, Beks H, McNamara K, Kloot K, Binder MJ, et al. Patient feedback for safety improvement in primary care: results from a feasibility study. *BMJ Open*. 2020;10(6):e037887. DOI: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2020-037887>.
12. Verbakel NJ, Langelaan M, Verheij TJM, Wagner C, Zwart DLM. Improving Patient Safety Culture in Primary Care: A Systematic Review. *J Patient Saf*. 2016;12(3):152–8. DOI: <https://doi.org/10.1097/PTS.0000000000000075>.
13. Hahn EE, Munoz-Plaza CE, Lee EA, Luong TQ, Mittman BS, Kanter MH, et al. Patient and Physician Perspectives of Deprescribing Potentially Inappropriate Medications in Older Adults with a History of Falls: a Qualitative Study. *J Gen Intern Med*. 2021;36(10):3015–22. DOI: <https://dx.doi.org/10.1007/s11606-020-06493-8>.
14. Ni X-F, Yang C-S, Bai Y-M, Hu Z-X, Zhang L-L. Drug-Related Problems of Patients in Primary Health Care Institutions: A Systematic Review. *Front Pharmacol*. 2021;12:698907. DOI: <https://dx.doi.org/10.3389/fphar.2021.698907>.

15. Gens-Barberà M, Rey-Reñones C, Hernández-Vidal N, Vidal-Esteve E, Mengíbar-García Y, Hospital-Guardiola I, et al. Effectiveness of New Tools to Define an Up-to-Date Patient Safety Risk Map: A Primary Care Study Protocol. *IJERPH*.2021;18(16):8612. DOI: <https://dx.doi.org/10.3390/ijerph18168612>.
16. Tevžič Š, Poplas-Susič A, Klemenc-Ketiš Z. The safety culture of the Ljubljana community health centre's employees. *Slovenian Journal of Public Health*. 2021;60(3): 145-151. DOI: <https://doi.org/10.2478/sjph-2021-0021>.
17. Remtulla R, Hagana A, Houbby N, Ruparell K, Aojula N, Menon A, et al. Exploring the barriers and facilitators of psychological safety in primary care teams: a qualitative study. *BMC Health Serv Res*. 2021;21(1):269. DOI: <https://dx.doi.org/10.1186/s12913-021-06232-7>.
18. Wagle K, Cottingham AH, Butler D, Grover J, Litzelman DK. Understanding social workers' hidden roles in medication safety for older adults: A qualitative study. *Social Work in Health Care*.2021;60(4):369–86. DOI: <https://doi.org/10.1080/00981389.2021.1900023>.
19. Lampman MA, Chandrasekaran A, Branda ME, Tumerman MD, Ward P, Staats B, et al. Optimizing Huddle Engagement Through Leadership and Problem Solving Within Primary Care: Results from a Cluster-Randomized Trial. *J Gen Intern Med*. 2021;36(8):22929. DOI: <https://dx.doi.org/10.1007/s11606-020-06487-6>.
20. Marler H, Ditton A. “I’m smiling back at you”: Exploring the impact of mask wearing on communication in healthcare. *International Journal of Language & Communication Disorders*.2021;56(1):205–14. DOI: <https://dx.doi.org/10.1111/1460-6984.12578>.
21. Santos ACS, Grou Volpe CR, Pinho DLM, Araújo PRS, Silva HTA. Erros e incidentes de medicação na atenção primária: revisão integrativa. *Cienc Cuid Saúde*.202;20. DOI: <http://dx.doi.org/10.4025/cienc cuidsaude.v20i0.42645>.
22. Vázquez-Sánchez MA, Jiménez-Arcos M, Aguilar-Trujillo P, Guardiola-Cardenas M, Damián-Jiménez F, Casals C. Characteristics of recovery from near misses in primary health care nursing: A Prospective descriptive study. *J Nurs Manag*.2020;28(8):200716. DOI: <https://dx.doi.org/10.1111/jonm.13039>.
23. Crisigiovanni ABR. Ações estratégicas para a segurança do paciente na atenção primária à saúde [Dissertação]. Curitiba: Universidade Federal do Paraná, 2019. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1121295>.
24. Reuben DB, Gazarian P, Alexander N, Araujo K, Baker D, Bean JF, et al. The Strategies to Reduce Injuries and Develop Confidence in Elders Intervention: Falls Risk Factor Assessment and Management, Patient Engagement, and Nurse Co-management. *J Am Geriatr Soc*.2017;65(12):2733–9. DOI: <https://dx.doi.org/10.1111/jgs.15121>.
25. Ricci-Cabello I, Saletti-Cuesta L, Slight SP, Valderas JM. Identifying patient-centred recommendations for improving patient safety in General Practices in England: a

qualitative content analysis of free-text responses using the Patient Reported Experiences and Outcomes of Safety in Primary Care (PREOS-PC) questi. *Health Expect.*2017;20(5):961–72. DOI: <https://dx.doi.org/10.1111/hex.12537>.

26. World Health Organization. *Medication Errors*. Geneva: World Health Organization; 2016. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/32513>.
27. Vermeir P, Vandijck D, Degroote S, Peleman R, Verhaeghe R, Mortier E, et al. Communication in healthcare: a narrative review of the literature and practical recommendations. *Int J Clin Pract.*2015;69(11):1257–67. DOI: <https://doi.org/10.1111/ijcp.12686>.
28. Vincent C, Amalberti R. *Safer Healthcare: Strategies for the real world*. Cham: Springer International Publishing; 2016. Disponível em: <http://link.springer.com/10.1007/978-3-319-25559-0>.
29. World Health Organization. *Infection prevention and control during health care when COVID-19 is suspected. Interim guidance*. Geneva: World Health Organization; 2020. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/10665-331495>.
30. Carpenter M, Berry H, Pelletier AL. Clinically Relevant Drug-Drug Interactions in Primary Care. 2019;99(9):7. Disponível em: <https://www.aafp.org/afp/2019/0501/p558.html>.
31. Araújo LU, Santos DF, Bodevan EC, Cruz HL da, Souza J de, Silva-Barcellos NM. Patient safety in primary health care and polypharmacy: cross-sectional survey among patients with chronic diseases. *Rev Latino-Am Enfermagem.* 2019;27:e3217. DOI: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.3123.3217>.
32. Silva APF, Backes DS, Magnago TSB de S, Colomé JS. Segurança do paciente na atenção primária: concepções de enfermeiras da estratégia de saúde da família. *Rev Gaúcha Enferm.* 2019;40(spe):e20180164. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180164>.
33. Samra R, Car J, Majeed A, Vincent C, Aylin P. How to monitor patient safety in primary care? Healthcare professionals' views. *JRSM Open.*2016;7(8):205427041664804. DOI: <https://doi.org/10.1177/2054270416648045>.
34. Coronado-Vázquez V, García-López A, López-Sauras S, Turón Alcaine JM. Nursing involvement in risk and patient safety management in Primary Care. *Enfermería Clínica (English Edition).* 2017;27(4):246–50. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.enfcle.2017.04.006>.
35. Verstappen W, Gaal S, Esmail A, Wensing M. Patient safety improvement programmes for primary care. Review of a Delphi procedure and pilot studies by the LINNEAUS collaboration on patient safety in primary care. *European Journal of General Practice.*2015;21(sup1):50–5. DOI: <https://doi.org/10.3109/13814788.2015.1043725>.

36. Mold F, de Lusignan S, Sheikh A, Majeed A, Wyatt JC, Quinn T, et al. Patients' online access to their electronic health records and linked online services: a systematic review in primary care. *Br J Gen Pract.* 2015;65(632):e141–51. DOI: <https://doi.org/10.3399/bjgp15X683941>.
37. Cañada Dorado A, Drake Canela M, Olivera Cañadas G, Mateos Rodilla J, Mediavilla Herrera I, Miquel Gómez A. Despliegue de la estrategia de seguridad del paciente en atención primaria de la Comunidad de Madrid. *Revista de Calidad Asistencial.* 2015;30(1):31–7. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.cali.2014.12.004>.
38. Kosiek K, Depta A, Staniec I, Wensing M, Godycki-Cwirko M, Kowalczyk A. The Perception of Patient Safety Strategies by Primary Health Professionals. *IJERPH.* 2021;18(3):1063. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph18031063>.
39. Khalil H, Lee S. Medication safety challenges in primary care: Nurses' perspective. *J Clin Nurs.* 2018;27(9–10):2072–82. DOI: <https://doi.org/10.1111/jocn.14353>.
40. Przytula K, Bailey SC, Galanter WL, Lambert BL, Shrestha N, Dickens C, et al. A primary care, electronic health record-based strategy to promote safe drug use: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials.* 2015;16(1):17. DOI: <https://doi.org/10.1186/s13063-014-0524-x>.
41. Bailey SC, Paasche-Orlow MK, Adams WG, Brokenshire SA, Hickson RP, Oramasionwu CU, et al. The electronic medication complete communication (EMC2) study: Rationale and methods for a randomized controlled trial of a strategy to promote medication safety in ambulatory care. *Contemporary Clinical Trials.* noviembre de 2016;51:72–7. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.cct.2016.10.005>.
42. Halén C, Gripenberg S, Roaldsen KS, Dohrn I-M, Halvarsson A. “A manageable and challenging fall prevention intervention with impact on society” - older women's perspectives on participation in the stayBalanced training programme. *Physiotherapy Theory and Practice.* 2021;1–11. DOI: <https://doi.org/10.1080/09593985.2021.1972498>.
43. Serrano-Ripoll MJ, Ripoll J, Briones-Vozmediano E, Llobera J, Fiol-deRoque MA, Ricci-Cabello I. Exploring primary health care professionals' perceptions about a patient feedback intervention to improve patient safety in Spanish primary health care centres: a qualitative study. *Family Practice.* 2020;37(6):821–7. DOI: <https://doi.org/10.1093/fampra/cmaa051>.
44. Pérez-Jover V, Mira J, Carratala-Munuera C, Gil-Guillen V, Basora J, López-Pineda A, et al. Inappropriate Use of Medication by Elderly, Polymedicated, or Multipathological Patients with Chronic Diseases. *IJERPH.* 2018;15(2):310. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph15020310>.
45. Mahfouz A, Abolyazid A, Al-Musa H, Awadallah N, Faraheen A, Khalil S, et al. Hand hygiene knowledge of primary health care workers in Abha city, South Western Saudi Arabia. *J Family Med Prim Care.* 2017;6(1):136. DOI: <https://doi.org/10.4103/2249-4863.214971>.

46. Portela Romero M, Zarra Ferro I, Esteban Cartelle H, Souto Pereira M, Núñez Masid E. Líneas estratégicas para mejorar la calidad de la atención al paciente crónico polimedicado. *Journal of Healthcare Quality Research*.2019;34(6):314–22. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jhqr.2019.06.002>.
47. Bailey SC, Oramasionwu CU, Infanzon AC, Pfaff ER, Annis IE, Reuland DS. An Electronic Health Record–Based Strategy to Systematically Assess Medication Use Among Primary Care Patients With Multidrug Regimens: Feasibility Study. *JMIR Res Protoc*.2017;6(8):e157. DOI: <https://doi.org/10.2196/resprot.7986>.
48. Keppel G, Cole AM, Ramsbottom M, Nagpal S, Hornecker J, Thomson C, et al. Early Response of Primary Care Practices to COVID-19 Pandemic. *J Prim Care Community Health*.2022;13:21501319221085374. DOI: 10.1177/21501319221085374.
49. White A, Fulda KG, Blythe R, et al. Defining and enhancing collaboration between community pharmacists and primary care providers to improve medication safety. *Expert Opin Drug Saf*. 2022;21(11):1357-1364. DOI:10.1080/14740338.2022.2147923
50. Müller SA, Landsmann L, Diallo AOK, et al. Is the World Health Organization Multimodal Hand Hygiene Improvement Strategy applicable and effective at the primary care level in resource-limited settings? A quantitative assessment in healthcare centers of Faranah, Guinea. *IJID Reg*. 2022;3:27-33. Published 2022. DOI:10.1016/j.ijregi.2022.03.002
51. Serrano-Ripoll MJ, Fiol-deRoque MA, Valderas JM, Zamanillo-Campos R, Llobera J, De Labry Lima AO, et al. Feasibility of the SINERGIAPS (“Sinergias entre profesionales y pacientes para una Atención Primaria Segura”) intervention for improving patient safety in primary care. *Family Practice*. 2022;39(5):843–51. DOI: 10.1093/fampra/cmac015.
52. Oliva A, Altamura G, Nurchis MC, Zedda M, Sessa G, Cazzato F, et al. Assessing the potentiality of algorithms and artificial intelligence adoption to disrupt patient primary care with a safer and faster medication management: a systematic review protocol. *BMJ Open*. 2022;12(5):e057399. DOI: 10.1136/bmjopen-2021-057399
53. Höcherl A; Lüttel D; Schütze D; Blazejewski T; González-González AI; Gerlach, Ferdinand M; Müller B. Characteristics of Critical Incident Reporting Systems in Primary Care: An International Survey. *Journal of Patient Safety*.2022.18(1):p e85-e91.DOI: 10.1097/PTS.0000000000000708
54. Gionfriddo MR, Hu Y, Maddineni B, et al. Evaluation of a Web-Based Medication Reconciliation Application Within a Primary Care Setting: Cluster-Randomized Controlled Trial. *JMIR Form Res*. 2022;6(3):e33488. DOI:10.2196/33488
55. World Health Organization. Patient safety assessment manual for primary care. Cairo: World Health Organization. Regional Office for the Eastern Mediterranean; 2022.

56. Wieringa S, Neves AL, Rushforth A, Ladds E, Husain L, Finlay T, et al. Safety implications of remote assessments for suspected COVID-19: qualitative study in UK primary care. *BMJ Qual Saf.*2023;32(12):732–41. DOI: 10.1136/bmjqs-2021-013305
57. Oravainen T, Airaksinen M, Hannula K, Kvarnström K. How Physicians Renew Electronic Prescriptions in Primary Care: Therapeutic Decision or Technical Task? *IJERPH.*2021;18(20):10937. DOI: <https://dx.doi.org/10.3390/ijerph182010937>.
58. Dalcin TC, Daudt CB, Fernandes ATF et al. Associação Hospitalar Moinhos de Vento. Segurança do Paciente na Atenção Primária à Saúde: Teoria e Prática. Porto Alegre, 2020. Disponível em: <http://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2021/01/Seguranca-do-Paciente-na-Atencao-Primaria-a-Saude-Teoria-e-Pratica.pdf>.
59. Bezerra MCM, Mariz Batista A. Erros de prescrição de medicamentos na atenção primária frente ao programa nacional de segurança do paciente. *Infarma.*2020;32(2):120–7. DOI: <http://dx.doi.org/10.14450/2318-9312.v32.e2.a2020.pp120-127>.

Tecnologias de telessaúde inseridas no trabalho das equipes de saúde bucal

Telehealth technologies insertion in the work of oral health teams

de telesalud inserción en el trabajo de los equipos de salud bucal

Emmelly Lorena da Silva Lima ¹

Maria Conceição Andrade Oliveira ²

Joseane Delfino de Albuquerque Canto ³

Márcia Maria Dantas Cabral de Melo ⁴

¹ Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) | emmelly.lslima2@ufpe.br

² Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) | conceicao.andrade@ufpe.br

³ Secretaria de Saúde do Recife (SESAU) | saudebucaldistrito4@gmail.com

⁴ Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) | marciamdcm@hotmail.com

RESUMO: O objetivo do estudo foi analisar a inserção de tecnologias de telessaúde no trabalho das Equipes de Saúde Bucal da Atenção Primária à Saúde do Recife, Pernambuco. Trata-se de um estudo transversal de caráter descritivo, direcionado à totalidade dos cirurgiões-dentistas (26) que estavam em exercício profissional nas unidades de saúde do Distrito Sanitário IV. A coleta de dados ocorreu no segundo semestre de 2023, por meio da realização de entrevistas semiestruturadas. A análise de dados utilizou cálculos de estatística descritiva. Foram entrevistados 21 sujeitos, representando uma perda de 19,23%. Prevaleceu a faixa etária de 40 a 60 anos (66,65%) e o sexo feminino (76,20%); 95,23% ingressaram por concurso e todos possuem pós-graduação, com predominância em Saúde da Família (46,42%) e Saúde Coletiva/Saúde Pública (25,0%). A maioria (61,90%) afirmou utilizar telessaúde/teleodontologia recomendadas pela instituição (85,71%), mas apenas 38,09% as utilizam para orientação e/ou monitoramento dos usuários em tratamento. Essas tecnologias eram mais empregadas para estomatologia (64,70%), teleconsultas a especialistas (11,76%) e monitoramento de pacientes (11,76%). O contato telefônico predominou como meio digital de uso (44,44%), e apenas 18,51% afirmaram haver teleagendamento. A totalidade não participou de cursos sobre o uso da teleodontologia (95,23%), mas 69,23% se sentem habilitados. Apenas 28,57% usaram essas tecnologias antes da Covid-19, enquanto 85,71% as utilizaram durante a pandemia. Concluiu-se que tais tecnologias estão sendo inseridas no trabalho dos entrevistados; entretanto, existem restrições para o seu uso, e devem ser planejadas ações de educação permanente para proporcionar maior confiança no emprego ampliado e contínuo dessas tecnologias digitais.

Descritores: Telemedicina, Atenção Primária à Saúde, Saúde Bucal, Teleodontologia

ABSTRACT: The aim of the study was to analyze the integration of telehealth technologies into the work of Primary Oral Health Care Teams in Recife, Pernambuco. This was a descriptive cross-sectional study aimed at all dentists (26) actively practicing in health units within Sanitary District IV. Data collection took place in the second half of 2023 through semi-structured interviews. Data analysis utilized descriptive statistical calculations. Twenty-one subjects were interviewed, representing a loss of 19.23%. The predominant age group was 40 to 60 years (66.65%), and females accounted for 76.20% of the sample; 95.23% entered through a competitive examination, and all had postgraduate qualifications, mainly in Family Health (46.42%) and Public Health (25.0%). The

majority (61.90%) reported using telehealth/tele-dentistry services recommended by the institution (85.71%), but only 38.09% used them for user guidance and/or treatment monitoring. These technologies were most commonly used for stomatology (64.70%), specialist teleconsultations (11.76%), and patient monitoring (11.76%). Telephone contact was the predominant digital medium used (44.44%), with only 18.51% reporting tele-appointments. None had participated in tele-dentistry training courses (95.23%), but 69.23% felt competent in using these technologies. Only 28.57% had used such technologies before Covid-19, while 85.71% used them during the pandemic. It was concluded that these technologies are being integrated into the work of the interviewed professionals; however, there are constraints on their use, and ongoing education initiatives should be planned to enhance confidence in the extended and continuous use of these digital technologies.

Keywords: Telemedicine, Primary Health Care, Oral Health, Teledentistry

RESUMEN: El objetivo del estudio fue analizar la integración de tecnologías de telemedicina en el trabajo de los Equipos de Salud Bucal de la Atención Primaria de Salud en Recife, Pernambuco. Se trató de un estudio transversal de carácter descriptivo, dirigido a la totalidad de los dentistas (26) que estaban ejerciendo en las unidades de salud del Distrito Sanitario IV. La recolección de datos tuvo lugar en el segundo semestre de 2023 a través de entrevistas semiestructuradas. El análisis de datos utilizó cálculos de estadística descriptiva. Se entrevistaron a 21 sujetos, lo que representó una pérdida del 19,23%. Prevalció el grupo de edad de 40 a 60 años (66,65%) y el sexo femenino (76,20%); el 95,23% ingresó por concurso y todos poseen estudios de posgrado, principalmente en Salud Familiar (46,42%) y Salud Colectiva/Salud Pública (25,0%). La mayoría (61,90%) afirmó utilizar servicios de telemedicina/teledonología recomendados por la institución (85,71%), pero solo el 38,09% los utilizan para orientación y/o monitoreo de los usuarios en tratamiento. Estas tecnologías se empleaban más comúnmente para estomatología (64,70%), teleconsultas con especialistas (11,76%) y monitoreo de pacientes (11,76%). El contacto telefónico predominó como medio digital de uso (44,44%), y solo el 18,51% afirmó haber usado teleagendamiento. Ninguno participó en cursos sobre el uso de teledonología (95,23%), pero el 69,23% se siente capacitado. Solo el 28,57% usó estas tecnologías antes de la Covid-19, mientras que el 85,71% las usaron durante la pandemia. Se concluyó que estas tecnologías se están integrando en el trabajo de los entrevistados; sin embargo, existen restricciones para su uso, y se deben planificar acciones de educación continua para proporcionar mayor confianza en el uso ampliado y continuo de estas tecnologías digitales.

Palabras clave: Telemedicine, Atención Primaria de Salud, Salud Bucal, Teleodontología

INTRODUÇÃO

Um dos desafios para qualificar o Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro é o fortalecimento e a integração da Atenção Primária à Saúde (APS) à rede de serviços de saúde, visando aumentar a eficiência e efetividade do sistema de saúde, o que resulta em melhores desfechos em saúde.

Nesse contexto, as equipes de saúde bucal (EqSB) foram inseridas com o objetivo de garantir a ampliação do acesso e das ações de saúde bucal, atuando de forma integrada aos demais membros da equipe de saúde da família, visando promover a saúde integral da população, com vínculo territorial e comunitário¹. Para isso, as ações requerem recursos tecnológicos que apoiem o processo de trabalho das equipes, com vistas ao aumento da resolutividade da atenção e à ampliação do acesso^{1,2}.

Dentre as tecnologias requeridas para o trabalho na APS no Brasil, a telessaúde tem ganhado destaque. Ela consiste na utilização de tecnologias digitais de informação e comunicação (TDIC) para prestar serviços de saúde a distância e compartilhar informações e conhecimento². Discute-se que o significado da telessaúde para a APS reside no fato de promover um conjunto de serviços interativos à distância para as linhas de cuidado à saúde, com base multiprofissional, voltados aos serviços, profissionais e/ou usuários^{3,4}.

A partir de 2020, com o surgimento da pandemia de Covid-19 e as medidas restritivas ao cuidado presencial, as ações de telessaúde tornaram-se uma estratégia fundamental de cuidado. Exemplos disso são o telemonitoramento e os instrumentos digitais para gestão do cuidado, que se mostraram apropriados ao viabilizar o acompanhamento e encaminhamento dos casos à distância, além de favorecer a educação em saúde⁵.

A telessaúde, em desenvolvimento para consolidação no SUS, integra-se ao cenário de desenvolvimento e ampliação das práticas de saúde digital, que foram sendo incorporadas aos sistemas de saúde desde o início do século XXI. No Brasil, a partir de 2007, a telessaúde está presente no SUS, formando um ecossistema digital para as dimensões da atenção, da gestão, da pesquisa e do ensino^{2,3}. Dados de 2021 sobre a implantação do Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes informam que potencialmente a APS brasileira é coberta por serviços de telessaúde, especificamente para teleconsultoria, teleeducação e telediagnóstico (apoio diagnóstico)⁴.

Atualmente, o Ministério da Saúde avança no desenvolvimento da Estratégia de Saúde Digital para o Brasil, buscando fortalecer o conceito de Plataforma Nacional de Inovação, Informação e Serviços Digitais em Saúde. Entre seus objetivos está a implementação de políticas de informatização para os três níveis de atenção, por meio de serviços como telessaúde e aplicativos, visando à melhoria da atenção à saúde prestada⁶.

Essa iniciativa busca viabilizar a melhoria do acesso, diagnóstico, tratamento, monitoramento, gestão e produção de informações confiáveis. Desse modo, espera-se fortalecer a implementação desses serviços em toda a rede de atenção do SUS, a partir da APS. Exemplos incluem prontuários eletrônicos, teleconsultas, telematricamento, telediagnóstico, teleeducação, entre outros^{2,4-6}.

Nesse processo e paralelamente, a teleodontologia, como campo de conhecimento integrante da telessaúde, desenvolve-se com o objetivo de facilitar a troca de dados e informações na prática odontológica, bem como na educação, pesquisa e gestão^{3,7,8}. É uma ferramenta importante para integrar-se à teleassistência e à teleeducação no âmbito da Rede de Telessaúde do SUS⁴, permitindo a prestação de cuidados em saúde bucal sem a necessidade

do deslocamento do paciente ou do contato físico com o profissional. Isso torna o atendimento acessível em diversas situações em que seja necessário trocar informações com o cirurgião-dentista⁷.

Sublinha-se que, apesar de ser discutido que a teleodontologia pode ser realizada para diferentes finalidades, como teleorientação, teleconsulta, teleprescrição e telemonitoramento⁹, sua regulamentação no Brasil só ocorreu em 2020¹⁰, no contexto da Covid-19, ocasionando debates quanto às atribuições e limites da atuação do cirurgião-dentista por meio dessa tecnologia de saúde⁷.

A Resolução do Conselho Federal de Odontologia (CFO) de nº 226/2020 passou a permitir a realização da Odontologia a distância, mediada por tecnologia, no âmbito do SUS, destacando-se como mais uma estratégia de e-Saúde (Saúde Digital) que pode ser realizada pelo CD. Contudo, só é permitida a realização de atividades de teleorientação dos pacientes e telemonitoramento no intervalo entre consultas, e desde que não sejam realizadas por centrais de atendimento¹⁰.

No presente, observa-se esforços para ampliar o uso dos recursos de teleodontologia na rede de APS do país, com o intuito de complementar as estratégias de acesso da população aos cuidados em saúde bucal e avançar na qualificação das ações das EqSB^{7,8}. A ampliação dos serviços de teleodontologia é necessária, pois os problemas odontológicos configuram-se como uma das causas mais frequentes de busca por serviços de saúde, e as desigualdades sociais na utilização desses serviços limitam o acesso. Além disso, as questões relacionadas à baixa oferta de serviços resultam em demandas reprimidas^{11,12}.

Portanto, considera-se pertinente a realização de estudos que proponham analisar uso das tecnologias de telessaúde na APS do Brasil, na perspectiva do cuidado e da formação em saúde, assim como para caracterizar a inclusão das atividades de teleodontologia no processo de trabalho das EqSB^{3,5}. Diante da relevância do tema, o objetivo deste estudo foi analisar a inserção de tecnologias de telessaúde no trabalho das EqSB da Atenção Primária à Saúde do Recife, Pernambuco.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo transversal de caráter descritivo que foi desenvolvido na cidade do Recife, nas Unidades de Saúde da Família (USF) do Distrito Sanitário IV (DS IV) da Secretaria de Saúde do Recife (SESAU-Recife).

O DS IV situa-se na zona oeste do Recife e detém 18,24% da população do Recife,

sendo 135.992 homens e 160.083 mulheres. Com relação à assistência odontológica prestada pela SESAU-Recife, dados divulgados pela Prefeitura do Recife em 2023 informam que o número de EqSB é de 191, o que corresponde a 39,5%% de cobertura em saúde bucal, considerada insuficiente¹³. Dados do último Plano Municipal de Saúde do Recife para o DS IV informam a existência de 19 USF e 28 EqSB, além de 03 Unidades Básicas Tradicionais de Saúde e 02 Centros de Especialidades Odontológicas (CEO). No entanto, as equipes de saúde bucal estão distribuídas de maneira não uniforme, ou seja, nem todas as unidades básicas têm equipes de saúde bucal disponíveis, enquanto outras possuem mais de uma equipe¹⁴.

A população de estudo foi constituída pelos membros Cirurgiões-Dentistas (CDs) das EqSB lotados nas USF do referido DS IV. A amostra foi selecionada de forma intencional probabilística simples, com todos os membros escolhidos intencionalmente, tendo cada um a mesma chance de ser selecionado para compor a amostra. Pretendeu-se incluir a totalidade dos CDs (26), considerando como critério de inclusão o tempo de atuação de mais de um ano e o exercício de suas funções nas USF no momento da coleta de dados.

A coleta dos dados foi realizada por uma aluna pesquisadora do curso de Odontologia da UFPE, no segundo semestre de 2023, por meio da realização de entrevistas semiestruturadas. As entrevistas foram realizadas individualmente (face a face) em locais indicados e reservados nas USF de trabalho dos CDs que aceitaram participar do estudo, mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

A elaboração do formulário de entrevista (questionário) foi precedida por revisão bibliográfica¹⁻¹² em consonância com os objetivos do estudo, sendo esse instrumento de coleta de dados organizado em três blocos. O primeiro bloco constou de variáveis sociodemográficas e profissionais; o segundo bloco foi composto por variáveis relacionadas ao emprego das tecnologias de telessaúde/teleodontologia no trabalho cotidiano das EqSB; e o terceiro bloco foi constituído de variáveis sobre o uso de recursos de telessaúde/teleodontologia no contexto da pandemia da Covid-19. Para a garantia da qualidade dos dados coletados, foi realizado o treinamento da aluna para saber conduzir a coleta dos dados junto aos CDs.

A análise de dados utilizou de cálculos de estatística descritiva, como distribuição de frequência absoluta e relativa da amostra estudada, para cada uma das variáveis e/ou questões estudadas. A digitação dos dados e os cálculos estatísticos foram realizados em planilhas da *Microsoft Excel*, versão 2019.

O projeto de pesquisa contou com financiamento próprio e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisas do Centro de Ciências da Saúde da UFPE, CAAE: 68071823.3.0000.5208. Número do Parecer: 6.056.159.

RESULTADOS

Da amostra total de 26 CDs pertencentes ao DS IV da APS do Recife, planejada para participar deste estudo, cinco profissionais não foram entrevistados por não estarem presentes no momento da coleta de dados, resultando em uma perda de 19,23%.

Os dados relativos à caracterização demográfica e profissional dos entrevistados estão expostos na Tabela 1. Referente à idade, as informações revelaram que 28,58% encontravam-se na faixa etária de 30 a 40 anos, enquanto a maioria (66, 65%) estava na faixa etária de 40 a 60 anos, e uma minoria tinha 60 anos e mais anos. Quanto ao sexo, a maioria era do sexo feminino, correspondendo a 76,20%.

Sobre o tempo de formado, prevaleceu entre os respondentes, respectivamente, o período de 19 a 24 anos (23, 80%) e de 31 anos e mais (28,60%). Mais da metade (57,15%) informou atuar na ESF há 15 a 22 anos.

Quanto à forma de ingresso, a maioria (95,23%) afirmou ter ingressado por meio de concurso público. Todos os entrevistados possuem pós-graduação, sendo que 71,42% possuem formação em Saúde da Família (46,42%) ou em Saúde Coletiva/Saúde Pública (25,0%). Além disso, 95,23% dos entrevistados afirmaram não ter participado de curso de educação permanente sobre o uso da teleodontologia.

Tabela 1. Caracterização demográfica e profissional da amostra estudada.

Variável/categoria	Amostra (frequência)	
	Abso luta	Frequênc ia
	n	%
TOTAL	21	100
Idade (em anos)		
30 a 40	6	28,58
40 a 50	5	23,80
50 a 60	9	42,85
60 e mais	1	4,77
Sexo		
Feminino	16	76,20
Masculino	5	23,80
Tempo de formado (em anos)		
6 a 12	3	14,28
13 a 18	3	14,28
19 a 24	5	23,80
25 a 30	4	19,04
31 e mais	6	28,60
Tempo de atuação na Estratégia Saúde da Família (ESF), em anos		
1 a 7	2	9,52
8 a 13	6	28,57
15 a 22	12	57,15
23 e mais	1	4,76

Forma de Ingresso na ESF		
Concurso	20	95,23
Seleção simplificada	1	4,77
Fez cursos de Pós-Graduação		
Sim	21	100
Não	0	-
Se sim, qual a Pós-Graduação¹		
Saúde da Família	13	46,42
Saúde Coletiva/Saúde Pública	7	25,0
Odontopediatria	2	7,14
Prótese	1	3,57
Mestrado	1	3,57
Doutorado	2	7,14
Outros	2	7,14
Curso de Educação Permanente sobre uso da Teleodontologia na APS		
Sim	1	4,77
Não	20	95,23

Fonte: Elaborado pela autora.

Nota: ¹Considerando que o mesmo pesquisado poderia citar mais de uma atividade a soma das amostras é superior ao total de pesquisados. Dos 21 dentistas (100%), deram um total de n=28 respostas.

Na Tabela 2, estão apresentados os resultados sobre o uso de tecnologias de telessaúde/teleodontologia pelos entrevistados. A maioria dos participantes afirmou que a SESAU- Recife preconiza o uso da teleodontologia (85,71%) e 52,38% avaliam como importante a utilização desses recursos.

Em relação ao conhecimento da Resolução 226/2020 do Conselho Federal de Odontologia, sobre teleodontologia, verificou-se que os entrevistados não a conhecem (52,38%) ou a conhecem parcialmente (47,61%). No entanto, a maioria (61,90%) afirmou utilizar as tecnologias de telessaúde/teleodontologia em sua prática profissional e relataram estar muito satisfeitos (30,76%) e satisfeitos (69,23%). Predominou o uso da teleodontologia para atividades de estomatologia (64,70%), e os entrevistados afirmaram sentir-se habilitados para utilizar recursos de telessaúde/teleodontologia (69,23%).

Sobre a disponibilização de equipamentos para as ações de telessaúde/teleodontologia, apenas 8,57% relataram não ter acesso a nenhum método tecnológico para o uso profissional. Os demais respondentes informaram que existem no ambiente de trabalho computadores equipados (31,42%), rede de Internet em funcionamento (40%) e 20% disseram utilizar o aparelho móvel de uso pessoal para o trabalho.

Em relação às atividades de teleorientação e telemonitoramento aos usuários em tratamento odontológico, apenas 38,10% alegaram utilizar a teleodontologia, sendo predominante a ligação por telefone móvel (44,44%), seguida pelo envio de mensagens via o WhatsApp (33,33%). Entre esses respondentes, a maioria (55,55%) registra essas ações no Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC).

A troca de informações entre profissionais (42,85%) foi o benefício mais destacado pelos respondentes com o uso da telessaúde/teleodontologia, enquanto percentuais menores mencionaram a possibilidade de ampliar o atendimento remoto a pacientes (20,0%) e realizar ações de treinamento e educação permanente (17,14%).

A maioria afirmou que o teleagendamento é um recurso que facilita o acesso aos serviços odontológicos (85,71%), porém, prevalece a modalidade de agendamento presencial no local de trabalho dos entrevistados (70,37%).

Tabela 2. Caracterização do emprego de tecnologias de telessaúde/teleodontologia.

(Continua)

Variável/categoria	(frequência) Absoluta	Amostra	
		Frequência	
		n	%
TOTAL		21	100
SESAU-Recife* preconiza o uso de teleodontologia para as EqSB**			
Sim		18	85,71
Não		3	14,28
Grau de importância do uso de telessaúde/teleodontologia para sua prática			
Muito importante		7	33,33
Importante		11	52,38
Não concordo, e nem discordo		1	4,76
Parcialmente importante		2	9,52
Do que trata a Resolução 226/2020 sobre a teleodontologia			
Não conheço		11	52,38
Conheço parcialmente		10	47,61
Utiliza tecnologias de telessaúde/teleodontologia			
Sim		13	61,90
Não		8	38,10
Se sim, em quais atividades¹			
Estomatologia		11	64,70
Teleinterconsulta com cardiologista		1	5,88
Acolhimento virtual via aplicativo Conecta Recife		1	5,88
Teleinterconsulta com especialistas do CEO***		2	11,76
Monitoramento de pacientes em tratamento		2	11,76
Se sim, qual o grau de satisfação			
Muito satisfeito		4	30,76
Satisfeito		9	69,23
Indiferente		-	-
Parcialmente satisfeito		-	-
Não satisfeito		-	-
Se sim, se sente habilitado para o uso			
Sim		9	69,23
Não		4	30,76
Equipamentos na USF para telessaúde/teleodontologia²			
Computador (câmeras, áudio, microfone)		11	31,42
Rede de internet		14	40,0
Telefone móvel pessoal		7	20,0
Nenhum		3	8,57
Realização de orientação e/ou monitoramento por meios digitais de			
Sim		8	38,09
Não		13	61,90

Se sim, qual o meio digital³		
Ligação Telefônica	4	44,44
Mensagem de Serviço de mensagens curtas (SMS)	-	-
Mensagem de whatsapp	3	33,33
E-mail	-	-
Plataforma Meet/Zoom	1	11,11
App Conecta Recife	1	11,11
Se sim, onde registra as ações de teleodontologia		
Prontuário eletrônico do Cidadão (PEC)	5	55,55
Não registra	4	44,44
Benefícios do uso da telessaúde/teleodontologia⁴		
Não utilizo esses recursos	5	14,28
Redução do tempo de trabalho	2	5,71
A troca de informações entre profissionais	15	42,85
As ações de treinamento e educação permanente	6	17,14
Ampliação do atendimento remoto aos pacientes	7	20,0
Teleagendamento facilita o acesso do usuário aos serviços odontológicos		
Sim	18	85,71
Não	3	14,28
Modalidade de acesso aos serviços odontológicos na sua USF⁵		
Fichas-dia	1	3,70
Agendamento presencial	19	70,37
Teleagendamento	5	18,51
Acolhimento	2	7,40

Fonte: Elaborado pela autora (dados de 2024).

(Conclusão)

Notas: *SESAU-Recife: Secretaria de Saúde do Recife; ** EqSB: equipe de saúde bucal;

***CEO: Centro de Especialidade odontológica.

¹Considerando que o mesmo pesquisado poderia citar mais de uma atividade a soma das amostras é superior ao total de pesquisados. Dos 21 dentistas, 13 (61,90%) dentistas que responderam sim, deram um total de n=17 respostas.

²Considerando que o mesmo pesquisado poderia citar mais de uma atividade a soma das amostras é superior ao total de pesquisados. Os 21 dentistas (100%) deram um total de n=35 respostas.

³Considerando que o mesmo pesquisado poderia citar mais de uma atividade a soma das amostras é superior ao total de pesquisados. Dos 21 dentistas, 8 (38,09%) deram um total de n=9 respostas.

⁴Considerando que o mesmo pesquisado poderia citar mais de uma atividade a soma das amostras é superior ao total de pesquisados. Os 21 dentistas (100%) deram um total de n=35 respostas.

⁵Considerando que o mesmo pesquisado poderia citar mais de uma atividade a soma das amostras é superior ao total de pesquisados. Os 21 dentistas (100%) deram um total de n=27 respostas.

Na tabela 3, são apresentados os dados relativos à utilização da telessaúde/teleodontologia pelas EqSB entrevistadas durante a pandemia da Covid-19. Os resultados mostraram que 71,42% dos dentistas não utilizavam essas tecnologias de trabalho antes da pandemia. No entanto, com o início dessa emergência sanitária, houve a intensificação do uso (85,71%).

Quando indagados sobre o tipo de agendamento dos usuários realizado nesse período, a quase totalidade (90,47%) afirmou que a principal forma foi o agendamento presencial.

Tabela 3. Utilização da telessaúde/teleodontologia no contexto da Covid-19.

Variável/categoria	(frequência)		Amostra
	Absoluta		Frequência
	n		%
TOTAL	19		100
Utilização da telessaúde/teleodontologia antes da Covid-19			
Sim	6		28,57
Não	15		71,42
Intensificação do uso da telessaúde/teleodontologia durante a Covid-19			
Sim	18		85,71
Não	3		14,28
Tipo de agendamento dos usuários aos serviços odontológicos			
Teleagendamento	2		9,52
Agendamento presencial	19		90,47

Fonte: Elaborado pela autora.

DISCUSSÃO

A investigação realizada na população alvo deste estudo revelou um perfil profissional com maior tempo de atuação na ESF, predominantemente do sexo feminino¹⁵ e com idades mais elevadas. Isso difere de outro estudo realizado em um município diferente de Pernambuco, onde foi identificado um perfil profissional mais jovem¹⁶.

Sobre questões profissionais, foi revelado o predomínio do ingresso através de concurso público, semelhante ao observado no Paraná¹⁷. Além disso, foi constatada a existência de uma força de trabalho capacitada para exercer as atribuições requeridas aos profissionais atuantes na rede de APS do SUS, uma vez que todos possuem pós-graduação. As especializações em Saúde da Família e Saúde Coletiva/Saúde Pública as mais citadas. Por outro lado, em outro estudo, não houve predominância dessas especializações ou ausência de formação complementar¹⁸.

Em relação à inserção da teleodontologia no processo de trabalho dos respondentes, ficou demonstrado que existe orientação institucional da SESA-Recife para o uso dessa tecnologia, sendo avaliado por eles como importante a inclusão dessa tecnologia no trabalho cotidiano das EqSB. No entanto, mais da metade dos respondentes não conhece a Resolução 226/2020 do CFO¹⁰ assim como foi identificado em um estudo semelhante com dentistas da rede de APS do Rio

Grande do Sul sobre o uso de teleodontologia⁸. Essa resolução em seu Artigo 1º define que: “Fica expressamente vedado o exercício da Odontologia a distância, mediado por tecnologias, para fins de consulta, diagnóstico, prescrição e elaboração de plano de tratamento odontológico”^{10,2}.

Supõe-se, assim, que esse desconhecimento, somado à questão de que quase a totalidade não participou de capacitação para uso de tecnologias digitais, possa explicar o baixo percentual de respondentes que realizam, por meio digital, atividades voltadas à orientação e/ou monitoramento dos usuários em tratamento odontológico, as quais são registradas no PEC. Isso ocorre apesar da maioria ter afirmado estar utilizando, com satisfação, no seu processo de trabalho, recursos de telessaúde/teleodontologia e para outros fins.

Um estudo local, publicado em 2023, informou que das 170 unidades básicas de saúde existentes na SESA-Recife, 137 delas possuem o PEC em funcionamento. No entanto, o PEC vem sendo subutilizado devido a problemas de infraestrutura na informatização das unidades de saúde, além dos cirurgiões-dentistas entrevistados terem informado sobre a necessidade de capacitação para a utilização dessa ferramenta¹⁹.

Ademais, desde 2013, o Ministério da Saúde definiu a estratégia e-SUS da Atenção Básica (e-SUS AB), para ser implantada nacionalmente, estabelecendo o Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB). Mais recentemente, o e-SUS AB passa a ser denominado de e-SUS Atenção Primária (e-SUS APS) como parte da estratégia para avançar na reestruturação das informações da Atenção Primária em nível nacional, alinhando-se às propostas em curso de reestruturação dos Sistemas de Informação em Saúde do Ministério da Saúde⁶.

Um estudo ao discutir aspectos da implantação Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes, referente aos serviços de telessaúde, verificou uma taxa de utilização baixa. Os enfermeiros e outros profissionais mais jovens dos serviços da APS foram os que mais utilizavam essa tecnologia⁴. Além disso, por meio de dados da avaliação externa do segundo ciclo do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), os autores⁴ constatararam que os serviços de teleeducação foram os mais usados pelas equipes da APS, seguidos das teleconsultorias.

Neste estudo, vale destacar, de um lado, que o uso de recursos de telessaúde/teleodontologia, afirmado pela maioria dos entrevistados, pode se configurar como uma consequência e continuidade das medidas de telessaúde/teleodontologia que foram preconizadas pela SESA-Recife, a partir da pandemia da Covid-19, tais como a

teleorientação, o telemonitoramento e o teleacolhimento mediadas pelo aplicativo “Atende em casa”²⁰. Essas foram ações utilizadas durante a pandemia em vários estados e municípios do país^{7,8,21}.

Adicionalmente, foi demonstrado pelos entrevistados que houve, durante a pandemia, uma intensificação de uso dessas tecnologias digitais pelas equipes de saúde da família. Corroborando esse achado, dois estudos realizados na APS do Recife, em Distritos Sanitários diferentes, sobre a implantação de ações de telemonitoramento e teleorientação aos usuários com Covid-19, ambos demonstraram uma boa integração da EqSB nessas atividades. Estas foram realizadas por contatos telefônicos, além das de teleodontologia^{22,23}.

Dessa forma, considera-se que a experiência dos respondentes no uso de tecnologias digitais, intensificadas durante a pandemia, contribuiu na aquisição de habilidade para o manejo das ferramentas de telessaúde, conforme relatado por mais da metade dos CDs. No entanto, quase a totalidade expressou não ter participado ainda de cursos para uma prática mais segura desses recursos de teleodontologia. Isso pode indicar problemas na gestão para a oferecer capacitação na perspectiva da educação permanente para as EqSB, conforme observado em um estudo realizado em outro distrito sanitário do Recife¹⁹.

Sobre esses aspectos, outro estudo semelhante relatou dificuldades no uso da teleodontologia, incluindo a falta de treinamento, desconforto com a tecnologia e custos de equipamentos²⁴. No Rio Grande do Sul, em um estudo com dentistas da rede de APS, a telessaúde/teleodontologia foi reconhecida como um elemento complementar à educação permanente e ao cuidado em saúde, podendo colaborar para melhorar o acesso aos serviços⁸.

Por outro lado, nesse resultado referente a formação dos profissionais em serviço também deve considerar os problemas de articulação com o Espaço Telessaúde Recife²⁵. Esse serviço de telessaúde objetiva promover ações voltadas aos profissionais da rede de APS, da Média e Alta Complexidade, como aquelas que incluem teleconsultorias, com o objetivo de esclarecer dúvidas sobre procedimentos clínicos, ações de saúde e questões relativas ao processo de trabalho²⁵. Essa iniciativa se constitui como uma estratégia potente de educação permanente dos trabalhadores de saúde do município e de qualificação da atenção prestada aos usuários.

Além disso, ficou evidenciado entre os respondentes que relataram utilizar os recursos de telessaúde para diferentes atividades, predominar um maior uso para estomatologia, seguido da teleinterconsulta com especialistas dos CEOs e para o monitoramento dos pacientes.

Nesse caso, supõe-se ter havido um viés de informação dos respondentes, pois a

estomatologia faz parte do escopo das especialidades odontológicas ofertadas nos CEOs da Rede de Atenção à Saúde do Recife¹⁴, e assim os CDs podem ter acesso ao especialista em estomatologia para realizarem uma teleconsultoria. Sobre isso, desde 2015, no Rio Grande do Sul, o serviço de telediagnóstico para lesões bucais, o EstomatoNet, recebe demandas remotas de dentistas e médicos da APS, como também, usa o WhatsApp para se comunicar com os profissionais⁷.

Atualmente, o Espaço Telessaúde Recife²⁵ oferta teleconsultorias nas áreas da estomatologia, otorrinolaringologia, gastroenterologia e hepatologia, pré-natal de alto risco, dermatologia, saúde mental, cirurgia vascular, infectologia, cardiologia. Na SESAU-Recife, existem recomendações para a utilização da teleodontologia aplicada aos cuidados odontológicos da APS do Recife²⁶, incluindo a realização de apoio matricial à distância, possibilitando que os profissionais discutam casos específicos com especialistas, como os relacionados a lesões orais e câncer de boca.²⁵⁻⁷

Neste estudo, a troca de informações entre os profissionais (teleinterconsulta) foi compreendida pelos respondentes como o maior benefício no uso da telessaúde/teleodontologia. Na sequência, os CDs ressaltaram a possibilidade de ampliação do atendimento virtual dos pacientes, uma questão que está na pauta do Ministério da Saúde para avançar na implementação de políticas de informatização da rede de atenção do SUS para qualificar os serviços de telessaúde e de aplicativos para toda essa rede de atenção, entre outras medidas⁶.

Sobre isso, é amplamente debatida a urgência em diversificar as formas de comunicação dos usuários com as equipes de saúde para enfrentar as barreiras de acesso ao cuidado na APS²⁷, priorizando áreas remotas de vazio assistencial e de maior vulnerabilidade social, de modo que a comunicação digital possa ocorrer amplamente e viabilizar o encaminhamento das demandas dos usuários por meio de atividades de telessaúde, o que é essencial para enfrentar as distâncias em locais como esses²⁸.

A SESAU-Recife promove uma transformação digital de seus serviços de saúde, que inclui a implantação do teleagendamento dos usuários. Em 2023, foi lançada pela Prefeitura do Recife a plataforma Minha Saúde Conectada²⁹, que está disponível no aplicativo Conecta Recife com o objetivo de oferecer aos usuários e aos profissionais acesso ao histórico de consultas, aos agendamentos entre outros serviços.

Torna-se público, assim, a recomendação para os usuários realizarem o teleagendamento pelo aplicativo Conecta Recife para terem acesso a consultas médicas e/ou odontológicas. Além disso, a versão 5.2 e-SUS Atenção Primária, que oferece a ampliação de atividades a

serem registradas e realizadas diretamente no PEC, já está em uso na rede de saúde do Recife e traz também a possibilidade de se realizar teleagendamento de consultas de pré-natal e teleatendimento por meio do novo módulo de videochamadas.

Mas, neste estudo, apesar da maioria dos CDs considerarem o teleagendamento como facilitador do acesso do usuário aos serviços odontológicos, foi revelado que, tanto no período pandêmico quanto atualmente, o que prevalece é o agendamento presencial. Assim, deve-se considerar, nesse resultado, os problemas relacionados ao recente processo de implementação da plataforma Minha Saúde Conectada²⁹ e, possíveis dificuldades administrativas e de gestão que podem estar dificultando o pleno funcionamento dessa medida de teleagendamento.

Debate-se que para a APS poder incorporar as diversas estratégias associadas à realização de atividades de telessaúde, como de educação em saúde por meio de videoconferências e cursos à distância, interconsultas profissionais, teleconsultorias e teleconsultas, com atendimentos virtuais^{3,30}, são necessários investimentos robustos de suporte administrativo e estrutura para que viabilizem essa diversificação^{4,27,28}.

Neste estudo, ficou demonstrado que nas USF onde os entrevistados trabalham, existem equipamentos necessários para a operacionalização de atividades de telessaúde/teleodontologia. Diferentemente, um estudo de abrangência nacional identificou que a maioria das unidades básicas de saúde em municípios brasileiros, com população entre 10.00 a 100.00 habitantes, estava desprovida de telefone e de serviços de Internet⁴.

O uso do contato telefônico, seja por aparelhos fixo ou móvel, revela-se como um recurso cotidiano para atendimento, agendamento, orientação dos usuários³¹. No Recife, esse recurso foi amplamente utilizado pelas EqSB, durante a Covid-19^{22,23}. Os dados deste estudo revelam que a ligação telefônica foi o meio digital mais usado entre os respondentes que realizam orientação e/ou monitoramento dos usuários em tratamento odontológico.

Por fim, os resultados discutidos sugerem existir participação dos entrevistados em ações que incorporam tecnologias digitais, como o registro de informações no PEC dos usuários em tratamento odontológico e, principalmente, em atividades de teleinterconsultas com especialistas. Ademais, não foi relatado o uso de teleducação, embora este tenha sido um recurso bastante utilizado na pandemia da Covid-19 na APS do Recife^{22,23}.

Mais ainda, vislumbra-se a curto prazo a possibilidade de crescimento e expansão para o uso dos recursos de telessaúde/teleodontologia, tendo em vista os investimentos locais^{25,29} e nacional⁶ para efetivação da saúde digital visando qualificar as redes de atenção, superar as barreiras de acesso aos serviços de saúde e de saúde bucal, e fortalecer a APS.

Quanto às limitações do estudo, considera-se a baixa validade externa por ter sido realizado em uma amostra de apenas um Distrito Sanitário, além do fato de não ter sido aplicado um questionário já validado. Contudo, para a aplicação do formulário de coleta de dados, foram tomados pelos cuidados metodológicos objetivando minimizar o viés do entrevistador e do respondente.

Ademais, também se considera um limite do estudo o fato de ter sido utilizado um questionário semiestruturado com várias questões abertas. Isso impossibilitou a obtenção de dados dos entrevistados sobre a utilização dos recursos digitais disponíveis para a realização de atividades referentes ao registro, monitoramento e avaliação dos indicadores de saúde/saúde bucal, que são pertinentes as ações de vigilância em saúde bucal.

CONCLUSÃO

Os resultados apresentados referentes à inserção de tecnologias de telessaúde/teleodontologia no trabalho dos sujeitos entrevistados vêm ocorrendo, mas carecem de maior engajamento, ampliação de uso e formação nessa área.

Permanece o agendamento presencial, que também foi predominante durante a Covid-19, revelando dificuldades na implementação do teleagendamento como uma estratégia importante para a gestão do acesso dos usuários aos serviços odontológicos. Além disso, deve-se considerar a ampliação das atividades de teleinterconsultas/teleconsultorias para outras especialidades dos CEOs, além da estomatologia.

Portanto, os resultados encontrados merecem ser monitorados e devem-se planejar ações de educação permanente a fim de proporcionar às EqSB maior confiança no emprego ampliado e contínuo dessas tecnologias e, ainda, para mantê-las atualizadas sobre as inovações trazidas pela transformação digital em curso dos serviços de saúde da rede de atenção à saúde do Recife.

REFERÊNCIAS

1. Silva AAM, Melo MDCM, Nascimento, CMB. Análise do trabalho das equipes de saúde bucal na perspectiva interprofissional. Rev Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social, 2021; 9 (3): 585-97.
2. Celes RS, Rossi TRA, Barros SG, Santos CML, Cardoso CA. telessaúde como estratégia de resposta do Estado: revisão sistemática. Rev Panam Salud Publica. 2018;42: e84.
3. Strey JR. Teleodontologia no cuidado e na formação de profissionais no contexto da Atenção Primária à Saúde no Brasil. Porto Alegre. Trabalho de conclusão de curso [Especialização em Saúde Pública] - Faculdade de Medicina da Universidade Federal

do Rio Grande do Sul; 2022.

4. Sarti TD, Almeida APSC. Incorporação de telessaúde na atenção primária à saúde no Brasil e fatores associados. *Cad de Saúde Pública*, 2022; 38:PT252221.
5. Caetano R, et al. Desafios e oportunidades para telessaúde em tempos da pandemia pela covid-19: uma reflexão sobre os espaços e iniciativas no contexto brasileiro. *Cad.Saúde Pública*. 2020; 36 (5): e00088920.
6. Ministério da Saúde do Brasil. Conheça as sete prioridades da estratégia de saúde digital para o Brasil. Portal Saúde. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2023/marco/conheca-as-sete-prioridades-da-estrategia-de-saude-digital-para-o-brasil>. Acesso em: 17 de fevereiro de 2024.
7. Carrer FCA, et al. Teleodontologia e SUS: uma importante ferramenta para a retomada da Atenção Primária à Saúde no contexto da pandemia de COVID-19. 2020. Disponível em <https://preprints.scielo.org/index.php/scielo/preprint/view/837/1159>. Acesso em: 30 mar. 2023.
8. Fenner PH, Toassi RFCi. Teleodontologia como ferramenta de qualificação da educação e cuidado em saúde. *Saberes Plurais: Educação na Saúde*. 2022. 6 (1supl): p. 89-89.
9. Kopycka-Kedzierawski DT, McLaren SW, Billings RJ. Advancement of Teledentistry at the University of Rochester's Eastman Institute for Oral Health. *Health Affairs*. 2018;37(12):1960–6.
10. Brasil. Conselho Federal de Odontologia. Dispõe sobre o exercício da Odontologia a distância, mediado por tecnologias, e dá outras providências. Resolução CFO-226, de 04 de junho de 2020. Disponível em: <https://sistemas.cfo.org.br/visualizar/atos/RESOLU%c3%87%c3%83O/SEC/2020/226>. Acesso em: 15 de setembro de 2023.
11. Cavalcanti RP, da Silveira Gaspar G, de Goes PSA. Utilização e acesso aos serviços de saúde bucal do SUS - uma comparação entre populações rurais e urbanas. *Pesqui Bras Odontopediatria Clin Integr*. 2012;12(1):121-6.
12. Peres MA, et al. Desigualdades no acesso e na utilização de serviços odontológicos no Brasil: análise do Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico (VIGITEL 2009). *Cad. Saúde Pública*. 2012; 28 (Suppl): s90–s100.
13. Recife. Prefeitura do Recife, 2023. Prefeitura do Recife anuncia maior contratação de profissionais de saúde da história, com mais de três mil vagas. Disponível em: <https://www2.recife.pe.gov.br/noticias/19/10/2023/prefeitura-do-recife-anuncia-maior-contratacao-de-profissionais-de-saude-da>. Acesso em: 30 de dezembro de 2023.
14. Recife. Prefeitura. Relatório anual de gestão – 2021. Versão preliminar. Recife: 2022.
15. Matos IB, Toassi RFC, Oliveira MC. Profissões e ocupações de saúde e o processo de feminização: tendências e implicações. *Athenea digital*. 2013;13: 239-44.23.
16. Gomes JK, Albuquerque ALGA, Souto IPG, De Melo MMDC. A equipe de saúde bucal e as práticas de vigilância em saúde no território. *Tempus Actas Saúde Coletiva*. 2020;14(1).

17. Baldani MH, Ribeiro AE, Gonçalves JRSN, Ditterich RG. Processo de trabalho em saúde bucal na atenção básica: desigualdades intermunicipais evidenciadas pelo PMAQ-AB. *Saúde em Debate*. 2018;42(spe1):145–62.
18. Cericato GO, Garbin D, Fernandes APS. A inserção do cirurgião-dentista no PSF: uma revisão crítica sobre as ações e os métodos de avaliação das Equipes de Saúde Bucal. *RFO-UPF*. 2007; 12:18-23.
- 19.
20. Ferreira ES, et al. Registros, monitoramento e avaliação no e-SUS APS por cirurgiões-dentistas em um distrito sanitário de Recife/PE. *Saúde Redes*. 2023; 9(3): 1-13.
21. De Godoy Magalhães GS, et al. Telessaúde no enfrentamento à covid-19 em Recife: teleorientação, telemonitoramento e teleacolhimento mediados pelo aplicativo Atende em Casa. In: Souza CDF, et al., org. *A saúde coletiva em tempos de pandemia: experiências e aprendizados do enfrentamento à covid-19 no nordeste brasileiro*. 2021.p. 47-60.
22. Santos, IC et al. O ensino odontológico, a teleodontologia e a pandemia da COVID-19: uma revisão narrativa. *Research, Society and Development*. 2022; 11(12): e436111234619-e436111234619.
23. do Nascimento SMPJ, de Melo MMDC. Implantação do telemonitoramento à Covid-19: relato de experiência de uma residente em Saúde da Família. *APS em Revista*. 2022; 4 (2): 140-48.
24. Flores APC, et al. Teledentistry in the diagnosis of oral lesions: A systematic review of the literature. *Journal of the American Medical Informatics Association*, 2020, 27(7): 1166–72.
25. da Silva Santos, Cléverton, et al. "Atuação na residência em Saúde da Família no contexto da COVID-19: um agir instituinte em saúde bucal." *Revista da ABENO* 22.2 (2022): 1659-1659.
26. Escola de Saúde do Recife. Espaço Telessaúde Recife. Disponível em: <https://escoladesaude.recife.pe.gov.br/en/espaco-telessaude-recife-0>. Acesso em: 16/01/2024.
27. Secretaria de Saúde. Secretaria Executiva de Atenção Básica. Retomada das Atividades Eletivas dos Serviços Odontológicos do Recife. Recife; 2021.
28. Tesser CD, Norman AH, Vidal TB. Acesso ao cuidado na Atenção Primária à Saúde brasileira: situação, problemas e estratégias de superação. *Saúde em Debate*. 2018; 42:361-378.
29. Bousquat A, et al. Remoto ou remotos: a saúde e o uso do território nos municípios rurais brasileiros. *Rev Saúde Pública*. 2022;56.
30. Prefeitura do Recife. Prefeitura do Recife lança plataforma Minha Saúde Conectada. Disponível em: <https://www2.recife.pe.gov.br> Acesso em: 21/01/2024.

31. Lourenço GM, et al. A experiência de telemonitoramento por equipes de saúde da família em uma Unidade Básica de Saúde: breve relato. JMPHC Journal of Management & Primary Health Care. 2021;13: e019-e019.
32. Ribas EN, et al. Enfermeira de ligação: uma estratégia para a contrarreferência. Rev Bras Enferm. 2018; 71:546-553.

Práticas dos Agentes de Combate às Endemias e dos Agentes Comunitários de Saúde frente à pandemia de covid-19 no Brasil

Practices of Endemic Disease Control Agents and Community Health Workers in responses to the covid-19 pandemic in Brazil

Prácticas de los agentes de control de enfermedades endémicas y de los agentes de salud comunitaria frente a la pandemia de COVID-19 en Brasil

Juliana Santos Moreno¹
Maria Fátima de Sousa²

¹ Universidade de Brasília (UnB) | morenojulianasantos@gmail.com

² Universidade de Brasília (UnB) | fatimasousa@unb.br

RESUMO

Este estudo qualitativo, realizado com 54 entrevistas semiestruturadas em todos os 26 estados brasileiros e no Distrito Federal, investigou os desafios e potencialidades enfrentados por Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e Agentes de Combate às Endemias (ACE) durante a pandemia de covid-19. Os dados foram analisados por meio da técnica de análise temática, com base em Braun e Clarke (2006), e revelaram importantes transformações nas rotinas profissionais desses trabalhadores. Entre os principais achados, destacam-se a restrição das visitas domiciliares, essencial para a atuação dos agentes, a precariedade nas condições de trabalho, como a escassez de Equipamentos de Proteção Individual (EPIs) e a ausência de treinamentos adequados, e o enfrentamento do negacionismo e da desinformação. Apesar das dificuldades, o estudo evidenciou a capacidade de adaptação dos ACS e ACE, que mantiveram o vínculo com a comunidade por meio de redes sociais e outras estratégias de comunicação, garantindo a continuidade do cuidado mesmo em contextos adversos.

Palavras-Chave: Agente Comunitário de Saúde; Agente de Combate às Endemias; Covid- 19; Saúde Pública;

ABSTRACT

This qualitative study, based on 54 semi-structured interviews conducted across all 26 Brazilian states and the Federal District, explored the challenges and potentialities faced by Community Health Workers ACS and Endemic Disease Control Agents during the Covid- 19 pandemic. Data were analyzed using thematic content analysis, as proposed by Braun and Clarke (2006). The findings highlight significant changes in the work routines of these professionals, including restrictions on home visits—central to their role—lack of adequate working conditions such as insufficient personal protective equipment (PPE), and absence of proper training. Additionally, the agents had to contend with widespread misinformation and denialism. Despite these challenges, the study revealed the resilience and adaptability of Community Health Workers and Endemic Disease Control Agents, who managed to maintain community ties and ensure continuity of care by using social media and alternative communication strategies during the health crisis.

Keywords: Community Health Workers; Endemic Disease Control Agents; Covid-19; Public Health.

RESUMEN

Este estudio cualitativo, basado en 54 entrevistas semiestructuradas realizadas en los 26 estados brasileños y el Distrito Federal, investigó los desafíos y el potencial que enfrentaron los Agentes Comunitarios de Salud (ACS) y los Agentes de Control de Endemias (ACE) durante la pandemia de covid-19. Los datos se analizaron mediante la técnica de análisis temático —basada en Braun y Clarke (2006)—, revelando transformaciones

significativas en las rutinas profesionales de estos trabajadores. Entre los hallazgos clave se incluyen la restricción de las visitas domiciliarias (esenciales para la labor de los agentes), las condiciones laborales precarias (como la escasez de equipos de protección personal y la falta de capacitación adecuada) y la necesidad de lidiar con el negacionismo y la desinformación. A pesar de estas dificultades, el estudio destacó la capacidad de adaptación del personal de ACS y ACE, que mantuvo vínculos con la comunidad a través de las redes sociales y otras estrategias de comunicación, garantizando así la continuidad de la atención incluso en circunstancias adversas.

Palabras-clave: Agentes comunitarios de salud; Agentes de Control de Endemias; covid-19; Salud Pública.

1 INTRODUÇÃO

A Síndrome Respiratória Aguda Grave Coronavírus 2 (SARS–Cov–2), responsável pela terceira epidemia humana induzida por coronavírus nos últimos 20 anos e um dos principais agentes causadores de doenças que atingem principalmente o sistema respiratório, surgiu na cidade de Wuhan, na província de Hubei, China, no início de dezembro de 2019¹. Em 13 de Janeiro de 2020 foi confirmado o primeiro caso fora da China, na Tailândia. Posteriormente, em 30 de janeiro de 2020 a Organização Mundial da Saúde (OMS), declarou Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII) diante do potencial de disseminação da doença².

No Brasil, o primeiro caso confirmado da doença ocorreu em fevereiro de 2020, em São Paulo. À época, a taxa de letalidade, isto é, a proporção entre o número de óbitos por covid e o número do total de pessoas doentes por covid, correspondia a 2,8%. Enquanto a mortalidade era de 207,4 óbitos a cada 100 mil habitantes³. No dia 3 de fevereiro de 2020, o Ministério da Saúde publicou a Portaria nº188, em que declarou Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) em decorrência da infecção humana causada pelo coronavírus⁴.

Segundo o Boletim Epidemiológico de Coronavírus, do Centro de Operações de Emergência em Saúde, da Secretaria de Vigilância em Saúde, do Ministério da Saúde (COE/SVS/MS), após dois meses da entrada do vírus no Brasil, em 16 de abril de 2020, o país se encontrava na 11ª posição em relação aos demais países no que diz respeito ao número de casos, óbitos, letalidade e mortalidade. No Brasil, até o dia 16 de abril de 2020, foram confirmados 30.425 casos de covid-19. A maior parte dos casos concentrou-se na região Sudeste (56,6%), seguido das regiões Nordeste (21,4%), Sul (8,2%), Norte (9,5%) e Centro-Oeste (4,3%). Em relação aos óbitos, até o dia 16 de abril de 2020 foram registrados 1.924 óbitos no país, o que representou uma letalidade de 6,3%. As maiores taxas de letalidade foram registradas no Sudeste - 7,0%, seguido de Nordeste - 6,3% e

Norte - 5,9%⁴. Recentemente, dados gerais sobre a pandemia atualizados em 04 de abril de 2023 no Painel Coronavírus Brasil apontam 37.319.254 casos confirmados acumulados desde o início das notificações. Em relação aos óbitos acumulados, foram 700.556⁵.

Nesse contexto pandêmico, a Atenção Primária à Saúde (APS) tornou-se fundamental para o enfrentamento da doença, visto que, além de ser considerada a principal porta de entrada para o Sistema Único de Saúde (SUS), constitui-se de uma importante ferramenta para a vigilância epidemiológica no que diz respeito à identificação dos casos de maneira precoce. A APS, em especial, a Estratégia Saúde da Família (ESF) apresenta impactos positivos na saúde da população, visto que, são compostas por equipes multiprofissionais com enfoque comunitário e territorial⁶.

Dentre os profissionais que integram a ESF, a inserção dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e dos Agentes de Combate às Endemias (ACE) está prevista em legislação, em que seus trabalhos privilegiam a promoção, proteção e recuperação da saúde, além de envolver a longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado. As atribuições de ambas as categorias incluem a competência cultural, a construção de vínculo com as famílias de seu território e a valorização de saberes populares em saúde de forma a contribuir para a educação em saúde⁷.

Frente aos desafios postos pela pandemia, a APS precisou reformular a estrutura física, bem como ampliar a capacidade de recursos humanos para atender as necessidades de saúde dos usuários de maneira integral. As mudanças nos trabalhos das equipes de saúde foram indispensáveis em decorrência da necessidade de manter o isolamento e o distanciamento social para diminuir o risco de transmissão da doença. Nesse contexto, o trabalho dos ACS e ACE passou a incluir novas demandas, tais como: adquirir conhecimentos, melhorar processos e utilizar novas ferramentas como as Tecnologias de Informação e Comunicação e mídia social. No entanto, sabe-se que apesar das emergências de saúde pública como a pandemia de covid-19, a reestruturação do sistema de saúde e seus processos de trabalho não pode significar descontinuidade de outros cuidados do território, principalmente em regiões em situação de vulnerabilidade⁸.

O objetivo do presente estudo é explicar as potencialidades e os limites encontrados no cotidiano de trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde e dos Agentes de Combate às Endemias durante a pandemia de covid-19 no Brasil.

2 METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa qualitativa realizada de forma simultânea nos 26 estados e no Distrito Federal com o objetivo de explicar as potencialidades e os limites encontrados no cotidiano de trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e Agentes de Combate às Endemias (ACE) durante a pandemia de covid-19 no Brasil.

A partir de uma amostra aleatória e/ou intencional, os ACS e ACE foram convidados a participar da pesquisa, por meio de convite eletrônico, através dos seguintes critérios de inclusão: ter idade igual ou superior a 18 anos e ser profissional da saúde, especificamente ACS ou ACE.

Ao todo, foram conduzidas 54 entrevistas semiestruturadas em formato à distância através da plataforma Google Meet, gravadas com o auxílio de um gravador e transcritas a partir do *software* Microsoft Word®. Os profissionais foram codificados segundo os seguintes critérios: abreviatura da categoria profissional + símbolo underline + abreviatura da região + símbolo underline + abreviatura da Unidade Federativa (em maiúsculas) + símbolo underline + número que consta na transcrição. Por exemplo: ACS_N_AP_01.

Para a construção do perfil dos participantes da pesquisa, as respostas dos participantes foram transformadas em dados quantificáveis a partir do *software* Microsoft Excel® 2019, gerando tabelas e gráficos analisados de forma descritiva e estatística, levando em consideração a média, a mediana e o desvio-padrão.

O conjunto de diálogos obtidos a partir da transcrição foram reunidos, lidos e analisados através da análise de conteúdo do tipo temática, conforme proposto por Braun e Clarck (2006)⁹. As seguintes etapas foram aplicadas para análise de conteúdo temática: familiarização com os dados; gerar códigos iniciais; buscar temas; revisar temas; definir e nomear temas; e, produzir relatório.

O estudo foi extraído de uma pesquisa nacional intitulada “Um estudo multicêntrico sobre as práticas dos Agentes de Combate às Endemias e Agentes Comunitários de Saúde no Brasil”, o qual foi aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Brasília (UnB), através do parecer consubstanciado sob número CAAE 45415421.5.1001.0030.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 Perfil dos participantes da pesquisa

Para cada um dos 26 estados e o Distrito Federal, participaram das entrevistas um (01) Agente Comunitário de Saúde (ACS) e um (01) Agente de Combate às Endemias

(ACE), totalizando 54 entrevistas. Entre os ACS, 88,9% (24) eram mulheres e 11,1% (3) eram homens. Quanto aos ACE, 51,9% (14) eram mulheres e 48,1% (13) eram homens. O estudo de Nisihara et al. (2018) confirma a predominância de mulheres no cargo de ACS, alinhando-se às conclusões de Hirata (2022) em seu livro “O cuidado: teorias e práticas”, no qual discute que o trabalho de cuidado em saúde tem forte relação com a socialização das mulheres, tornando-se uma atividade historicamente atribuída ao gênero feminino¹⁰.

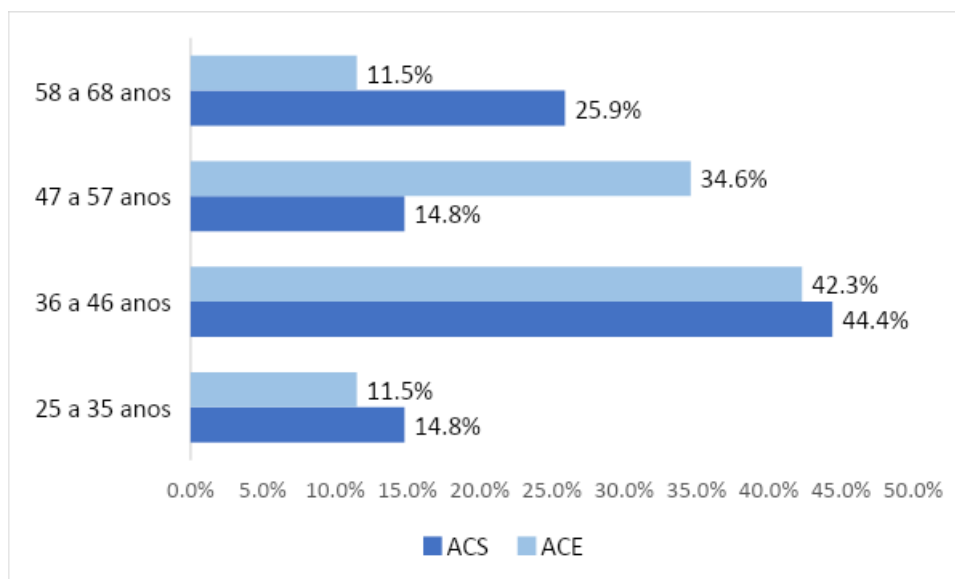
Em relação à faixa etária dos participantes, a idade mínima entre os ACS foi de 25 anos e a máxima de 62 anos, com um desvio-padrão de 10,7. A maior parte dos ACS (44,4%) encontra-se na faixa etária de 36 a 46 anos. Entre os ACE, a idade variou entre 31 e 63 anos, com um desvio-padrão de 8,8, sendo que 42,3% dos participantes estavam na mesma faixa etária predominante entre os ACS (36 a 46 anos), de acordo com a tabela e gráfico abaixo.

Tabela 1 - Frequência dos participantes da pesquisa, segundo faixa etária

	ACS	ACE
Frequência	27	26
Faltante	0	1
Média	46,4	46
Desvio-padrão	10,7	8,8
Mínimo	25	31
Máximo	62	63

Fonte: Um estudo multicêntrico sobre as práticas dos ACE e ACS no Brasil, 2023

Gráfico 1 - Percentual dos participantes da pesquisa, segundo faixa etária



Fonte: Elaboração própria. Um estudo multicêntrico sobre as práticas dos ACE e ACS no Brasil, 2023

Este estudo buscou analisar a formação e educação profissional dos ACS e ACE nos territórios onde atuam, com o objetivo de aprimorar a atenção à saúde e contribuir para a construção de um sistema de saúde mais integrado, interprofissional e sustentável. De acordo com a tabela 4, a maior parte dos profissionais (37,0%) possui ensino superior completo. No entanto, níveis mais altos de escolaridade, como mestrado e doutorado, não foram mencionados pelos participantes. Esse dado corrobora o estudo de Cabral, Gleriano e Nascimento (2019), que indica que, apesar de a escolaridade mínima exigida para ACS e ACE ser o ensino fundamental, muitos profissionais têm ensino médio completo ou superior. A maioria dos participantes recebe uma faixa salarial entre R\$1.500 e R\$2.000, abrangendo 55,6% (15) dos ACS e 40,7% (11) dos ACE. Em 20 de fevereiro de 2024, o Ministério da Saúde, por meio da Portaria nº 3.162, estabeleceu o valor do incentivo financeiro destinado a essas categorias profissionais, prevendo reajustes anuais com base no salário mínimo¹¹.

3.2 Práticas cotidianas

Foi questionado aos participantes da pesquisa quais atividades são realizadas com a comunidade no cotidiano das práticas de ambas categorias profissionais. As entrevistas foram analisadas e classificadas em quatro grupos temáticos: ‘Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS)’, ‘Ações de promoção e prevenção em saúde’, ‘Violência’ e ‘Ações de planejamento em equipe’. A partir do tema ‘Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS)’ foi abordada a valorização da saúde de forma holística,

considerando o indivíduo em suas dimensões física, emocional e mental.

“[...] chamava de tenda materna que ia trabalhar o autocuidado, então a gente desenvolvia cuidado da pele, meditação [...]. ACS_NE_SE”

O segundo tema, ‘Ações de promoção e prevenção em saúde’, discute conjunto de estratégias e ações voltadas para melhorar a qualidade de vida e bem-estar das pessoas, buscando prevenir doenças e reduzir riscos à saúde. Nesse sentido, destacam-se os seguintes trechos:

“Nós trabalhamos também com a educação na escola. Nós vamos lá, levamos cartazes, fazemos a teoria e a prática com as crianças. Levamos pneus, bacias, levamos esses cartazes, fazemos toda a simulação, explicamos pra eles, ensinamos pra eles. Pedimos pra coordenação esse horário específico com o apoio da escola. Fazemos todo esse trabalho”. ACE_CO_MT

“Então, o que a gente mais faz é acompanhar os idosos, as crianças e as grávidas, né. Os idosos, diabéticos, hipertensos, acompanhar pra ver a medicação se está tomando certinho, alimentação eh... pessoas que vão na hemodiálise a gente acompanha também pra ver se tá tudo bem. As crianças pra ver se tá com o peso normal, vacina. A gestante o pré natal certinho. Fazemos essas coisas, né. Vacina, ver se as vacinas das crianças tão em dia, se não cobra pra mãe levar [...]”. ACS_NE_BA

“[...] visitar os quintais, como eu falei pra você, de vacinar os cachorros, fazer a campanha anti-rábica [...] nós temos o trabalho da campanha de limpeza, quando no bairro está muito alto o índice, aí devido a coordenação, a diretoria, eles fazem uma ronda, através dessa ronda e do nosso trabalho, a gente faz a campanha de limpeza com a contribuição e ajuda da prefeitura. Passamos entregando as bolsas, os sacos, para as pessoas colocarem tudo aquilo que junta água, tudo aquilo que é um é um utensílio que é propício a fazer criadouros”. ACE_CO_MT

“Eu faço as visitas domiciliares para o acompanhamento de saúde das linhas de cuidado, né? Hipertenso, diabético, criança, gestante as pessoas de saúde mental e os transtornos mentais e as linhas de cuidado prioritário que são todas essas e mais tuberculose, hanseníase [...]”. ACS_SE_RJ

O tema ‘Violência’ abrange tanto a violência física quanto psicológica, estrutural e simbólica, e pode se manifestar em diversos contextos, como familiar, social, urbano, político e econômico.

“Chega em situações que é perigoso, se a gente não tiver inteligência, sabedoria pra chegar e direcionar direitinho, às vezes um olhar de uma mulher diz tudo, e eu já me deparei com essas situações [...]”. ACE_NE_PB

“[...] a gente trata muito com a violência doméstica, existe muita violência a gente até... a gente descobrir e chegar e ao porquê que aquela mulher tem aquele machucado não foi porque bateu lá, né, não bateu e sei lá o quê dos motivos assim são os mais absurdos das desculpas [...]”. ACS_S_RS

O tema ‘Ações de planejamento em equipe’ trata da prática interprofissional, do

conjunto de práticas, valores e processos colaborativos que orientam o trabalho em equipe.

“[...] nós fazemos um planejamento onde recebemos as demandas, ou seja, eu vou dar exemplo aqui, um cidadão de uma rua “x” disse que lá tá tendo escorpião, aí outro já diz que precisa de uma desratização, outros diz que... aí já vem a atenção básica dizendo que tem um caso de dengue, ou de zika, etc, diagnosticado na rua tal, então dentro dessas informações é que nós dividimos a equipe para cada um trabalhar em cima desses controles”. ACE_NE_CE

3.3 Cotidiano de trabalho a partir da covid-19

Buscando compreender as potencialidades e os desafios enfrentados no cotidiano de trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde e dos Agentes de Combate às Endemias durante a pandemia de covid-19 no Brasil, investigou-se de que forma a crise sanitária alterou suas atividades e rotinas profissionais. As categorias temáticas emergentes das entrevistas serão discutidas a seguir para maior compreensão do estudo.

3.3.1 Tema I - Restrição de visitas às casas

A restrição de visitas às casas se tornou uma medida essencial no contexto da pandemia. Essa limitação alterou diretamente o trabalho dos ACS e ACE, cuja atuação se baseia no contato direto com a família e a comunidade, conforme o trecho abaixo.

“A gente ficou mais restrito né, as visitas, a gente até fazia as visitas, mas ficou muita casa fechada, muita pendência [...]”. AVA_CO_DF.

Esses resultados corroboram com um estudo realizado em Peruíbe, São Paulo, em que diversas ações da Atenção Primária à Saúde, incluindo visitas domiciliares, foram suspensas pela gestão municipal. Neste estudo, os ACS passaram a atuar prioritariamente no monitoramento da pandemia e em ações preventivas, com apoio de reuniões frequentes para alinhamento de protocolos¹².

3.3.2 Tema II - Vínculo com a comunidade

O vínculo com a comunidade, premissa principal do trabalho dos ACS e ACE, apesar de parecer um aspecto crítico na pandemia, segundo os entrevistados deste estudo, o elo não foi perdido, visto que as mídias sociais representaram um importante papel no monitoramento das famílias, conforme destacado abaixo.

“[...] mesmo com a pandemia, a gente não perdeu esse elo da escuta, mesmo distante mas através das mídias, através das redes sociais a gente tinha sempre esse cuidado de levar e escutar a comunidade através das redes sociais, e graças a Deus a nossa comunidade, o nosso município não ficou desassistido”. ACE_NE_PE

Corroborando com esses achados, o estudo de Fernandez, Lotta e Corrêa (2021), relatou uma lacuna entre o vínculo familiar e a necessidade de adoção das tecnologias, como *smartphones*, para o acompanhamento contínuo da população¹³. Em França *et al* (2023), a má conexão somada a equipamentos insuficientes foram algumas limitações e desafios encontrados na nova rotina de trabalho¹⁴.

3.3.3 Tema II - Ausência de condições de trabalho

A precarização das condições de trabalho enfrentadas pelos ACS e ACE foi outro tema importante destacado nas entrevistas. Estes profissionais atuaram na linha de frente sem o fornecimento adequado de Equipamentos de Proteção Individual (EPIs), além da ausência de treinamento específico, conforme listado abaixo.

“Não tem condições de trabalho. Infelizmente a única coisa que tinha era só álcool e máscaras. E o álcool e a máscara não era nem próprio, apropriado pra gente trabalhar”. ACS_NE_RN.

“Então, quando a pandemia começou foi um choque pra gente, porque a gente não sabia trabalhar com aquela doença. A gente não tem nenhum treinamento. Como trabalhar com a doença, né?”. ACS_NE_BA.

No estudo de Vieira-Meyer *et al* (2023), é possível observar a dificuldade dos serviços de saúde em garantir condições mínimas de trabalho e capacitação para atuar diante do contexto pandêmico. Esse estudo encontrou alguns resultados importantes, tais como: dos 1.935 ACS, apenas 16,07% afirmaram ter recebido treinamento para atuar frente à covid-19 e 13,74% possuíam acesso a equipamentos de proteção suficientes¹⁵.

3.3.4 Tema III - Negacionismo

O contexto pandêmico estabelecido pelo coronavírus reflete a essencialidade da comunicação e o surgimento de diversas dinâmicas informacionais, dentre elas a desinformação, as informações falsas e o negacionismo. A partir do trecho a seguir é

possível observar que a desinformação ganha destaque, principalmente, quando as autoridades na época negam a gravidade da pandemia e suas formas de prevenção.

“[...] a questão de falar que a vacina até mesmo tá matando, a questão que a vacina tá dando... trombose, então a gente tá tendo um pouco de dificuldade em relação a isso aí, na questão da covid”. ACS_SE_ES

Esses resultados corroboram com a visão de Morel (2021), em que o negacionismo é uma consequência do aumento da necropolítica relacionada ao crescimento da extrema-direita¹⁶. E de Silva (2020), que destaca que o panorama brasileiro de 2020 foi de incertezas e de crises políticas, econômicas e sanitárias produzidas pelo desgoverno de Bolsonaro¹⁷.

4 CONCLUSÃO

A pandemia de covid-19 impôs profundas mudanças no cotidiano de trabalho dos ACS e dos ACE, exigindo adaptação diante de um cenário inédito de crise sanitária. A análise realizada evidenciou tanto as potencialidades, quanto os desafios enfrentados por esses profissionais, que permaneceram como peças-chave na articulação entre o sistema de saúde e a população, mesmo diante de limitações estruturais e operacionais. Entre os principais obstáculos, destacam-se a ausência de condições adequadas de trabalho, a insuficiência de EPIs, a falta de capacitação específica e o impacto das medidas de distanciamento social, que restringiram ações fundamentais como as visitas domiciliares.

Apesar das adversidades, os resultados demonstram que o vínculo entre os agentes e as comunidades não se perdeu, sendo mantido, em grande parte, pelo uso de tecnologias e mídias sociais, o que ressalta a capacidade de reinvenção e o compromisso social desses profissionais. A experiência também escancarou a negligência histórica com que ACS e ACE são frequentemente tratados, revelando a urgência de políticas públicas que valorizem, qualifiquem e garantam condições dignas de trabalho para essas categorias.

O estudo reafirma o papel estratégico da APS e da ESF no enfrentamento de emergências sanitárias, bem como a centralidade dos agentes em práticas educativas, preventivas e integradoras.

REFERÊNCIAS

1. Wang F, Cao J, Yu Y, Ding J, Eshak ES, Liu K, et al. Epidemiological characteristics of patients with

- severe COVID-19 infection in Wuhan, China: evidence from a retrospective observational study. *Int J Epidemiol.* 2021;49(6):1940-50 [Internet]. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33150437/>.
2. Velavan TP, Meyer CG. The COVID-19 epidemic. *Trop Med Int Health.* 2020;25(3):278-80. doi: 10.1111/tmi.13383.
 3. Ministério da Saúde (BR). Painel Coronavírus [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2024 [citado em 24 abr 2024]. Disponível em: <https://covid.saude.gov.br/>
 4. Ministério da Saúde (BR). Portaria GM/MS nº 188, de 3 de fevereiro de 2020. Declara Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) em decorrência da infecção humana pelo novo coronavírus (2019-nCoV). *Diário Oficial da União* [Internet]. 4 fev 2020 [citado em 24 abr 2024];Seção 1:1. Disponível em: <https://legislacao.presidencia.gov.br/atos/?tipo=PRT&numero=188&ano=2020&data=03/02/2020&ato=9ecUTW61EMZpWT815>
 5. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico Especial nº 14: COE-COVID-19, Semana Epidemiológica 18, 26 de abril a 2 de maio de 2020 [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2020 [citado em 24 abr 2024]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/covid-19/2020/boletim-epidemiologico-no-14-boletim-coe-coronavirus/>
 6. Giovanella L, Mendonça MHM, Buss PM, Fleury S, Gadelha CAG, Galvão LAC, et al. De Alma-Ata a Astana: atenção primária à saúde e sistemas universais de saúde: compromisso indissociável e direito humano fundamental. *Cad Saude Publica.* 2019;35(3):e00012219. doi: 10.1590/0102-311X00012219.
 7. Maciel FBM, Santos HLPC, Carneiro RAS, Souza EA, Prado NMBL, Teixeira CFS. Agente comunitário de saúde: reflexões sobre o processo de trabalho em saúde em tempos de pandemia de COVID-19. *Cien Saude Colet.* 2020;25 Supl 2:4185-95. doi: [10.1590/1413-812320202510.2.28102020](https://doi.org/10.1590/1413-812320202510.2.28102020).
 8. Andres SC, Carlotto AB, Leão A. A organização e estruturação do serviço de saúde na APS para o enfrentamento da COVID-19: relato de experiência. *APS Rev.* 2021;3(1):9-15. doi: 10.14295/aps.v3i1.137.
 9. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qual Res Psychol.* 2006;3(2):77-101. doi: [10.1191/1478088706qp063oa](https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa).
 10. Hirata H. O cuidado: teorias e práticas. São Paulo: Boitempo; 2022.
 11. Ministério da Saúde (BR). Portaria GM/MS nº 3.162, de 20 de fevereiro de 2024. Estabelece o valor do incentivo financeiro federal de custeio mensal referente aos agentes comunitários de saúde para o ano de 2024. *Diário Oficial da União* [Internet]. 21 fev 2024 [citado em 24 abr 2024];Seção 1:75. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2024/prt3162_21_02_2024.html
 12. Malinverni C, Brigagão JIM, Gervasio MDG, Lucena FS. O papel dos agentes comunitários de saúde no enfrentamento à pandemia de COVID-19: o caso de Peruíbe, São Paulo, Brasil. *Cien Saude Colet.* 2023;28(12):3543-52. doi: [10.1590/1413-812320232812.06212023](https://doi.org/10.1590/1413-812320232812.06212023).
 13. Fernandez M, Lotta G, Corrêa M. Desafios para a Atenção Primária à Saúde no Brasil: uma análise do trabalho das agentes comunitárias de saúde durante a pandemia de COVID-19. *Trab Educ Saude.* 2021;19:e00321153. doi: [10.1590/1981-7746-sol00321](https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00321).
 14. França CJ, Nunes CA, Vilasbôas ALQ, Aleluia ÍRS, Aquino R, Nunes FGS, et al. Características do trabalho do agente comunitário de saúde na pandemia de COVID-19 em municípios do Nordeste brasileiro. *Cien Saude Colet.* 2023;28(5):1399-412. doi: [10.1590/1413-81232023285.18422022](https://doi.org/10.1590/1413-81232023285.18422022).
 15. Vieira-Meyer APGF, Forte FDS, Guimarães JMX, Farias SF, Oliveira ALS, Dias MSA, et al. Community health workers perspective on the COVID-19 impact on primary health care in Northeastern Brazil. *Cad Saude Publica.* 2023;39(7):e00007223. doi: [10.1590/0102-311XEN007223](https://doi.org/10.1590/0102-311XEN007223).

16. Morel APM. Negacionismo da COVID-19 e educação popular em saúde: para além da necropolítica. *Trab Educ Saude*. 2021;19:e00315147. doi: [10.1590/1981-7746-sol00315](https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00315).
17. Silva IM. O governo Bolsonaro, a crise política e as narrativas sobre a pandemia. *Rev Bras Pesqui (Auto)biogr*. 2020;5(16):1478-88. doi: 10.31892/rbpab2525-426X.2020.v5.n16.p1478-1488.

Da academia à gestão: revisão integrativa sobre as vivências práticas na formação do enfermeiro gestor.

From Academia to Management: An Integrative Review of Practical Experiences in the Education of Nurse Managers.

De la formación a la gestión: revisión integradora sobre las experiencias prácticas en la formación del enfermero gestor.

Giovanna Mucarbel dos Santos¹

José da Paz Oliveira Alvarenga²

Stella Costa Valdevino³

Lenilma Bento de Araújo Meneses⁴

¹ Universidade Federal da Paraíba (UFPB) | giovanna.mucarbel@academico.ufpb.br

² Universidade Federal da Paraíba (UFPB) | alvarengajose@yahoo.com.br

³ Universidade Federal da Paraíba (UFPB) | stellaaj@yahoo.com.br

⁴ Universidade Federal da Paraíba (UFPB) | lenilma.bento@academico.ufpb.br

RESUMO

Analisar, por meio de uma revisão integrativa, como as vivências práticas no curso de enfermagem contribuem para a formação de competências gerenciais dos futuros enfermeiros gestores. Metodologia. Trata-se de uma revisão integrativa da literatura nas bases LILACS, SciELO, BVS e PubMed, utilizando-se dos descritores: Educação em Enfermagem, Gestão em Saúde e Educação Baseada em Competências. Foram incluídas publicações dos últimos dez anos (2015-2025), disponíveis na íntegra e nas línguas português, inglês e espanhol. Foram excluídas revisões narrativas, editoriais, dissertações, teses e anais de congressos e duplicatas. Respeitando tais critérios, 11 artigos adequaram-se aos objetivos do trabalho. A formação em enfermagem apresenta fragilidades no desenvolvimento de competências gerenciais, liderança, supervisão e tomada de decisão. Os recém-formados enfrentam inseguranças para assumir cargos de gestão devido à limitada experiência prática e ao preparo emocional insuficiente. Apesar da adoção de metodologias ativas voltadas ao pensamento crítico, persistem desafios na integração entre teoria e prática. É essencial reformular o ensino da gestão em enfermagem, integrando teoria e prática para desenvolver competências gerenciais e de liderança. A adoção de metodologias ativas, a capacitação docente e a atualização curricular são estratégias fundamentais para preparar os enfermeiros para os desafios da gestão.

Palavras-chave: Educação em Enfermagem; Gestão em Saúde; Educação Baseada em Competências.

ABSTRACT

Objective. To analyze, through an integrative review, how practical experiences during undergraduate nursing education contribute to the development of managerial competencies among future nurse managers. **Methodology.** An integrative literature review was conducted using the LILACS, SciELO, Virtual Health Library (VHL), and PubMed databases, using the descriptors: Nursing Education, Health Management and Competency-Based Education. Studies published between 2015 and 2025, available in full text and written in Portuguese, English, or Spanish were included. Narrative reviews, editorials, dissertations, theses, conference proceedings, and duplicate records were excluded. Based on the established criteria, 11 studies were selected for analysis. **Results and Discussion.** Nursing education still exhibits gaps in the development of managerial competencies, particularly those related to leadership, supervision, and decision-making. Newly graduated nurses frequently report low confidence when assuming managerial roles, largely due to limited practical experience and insufficient emotional preparedness. Despite the growing adoption of active learning strategies designed to foster critical thinking, significant challenges remain in bridging the gap between theory and practice. The literature also highlights the need for curricular reforms and institutional support to strengthen essential competencies, including leadership, communication, conflict resolution, and professional autonomy. **Conclusion.** The findings highlight the need to reform nursing management education by strengthening the integration of theoretical and practical training and promoting the development of

managerial and leadership competencies. Active learning strategies, faculty development initiatives, and curriculum redesign are key approaches to preparing nurses for the challenges of healthcare management.

Keywords: Nursing Education; Health Management; Competency-Based Education.

RESUMEN

Objetivo. Analizar, mediante una revisión integradora, cómo las experiencias prácticas desarrolladas durante la formación en enfermería contribuyen al desarrollo de competencias de gestión en los futuros enfermeros gestores. **Metodología.** Se realizó una revisión integradora de la literatura en las bases de datos LILACS, SciELO, Biblioteca Virtual en Salud (BVS) y PubMed. Se utilizaron los descriptores: Educación en Enfermería, Gestión en Salud y Educación Basada en Competencias. Se incluyeron publicaciones correspondientes al período 2015–2025, disponibles en texto completo y redactadas en portugués, inglés o español. Se excluyeron revisiones narrativas, editoriales, disertaciones, tesis, actas de congresos y estudios duplicados. De acuerdo con los criterios establecidos, se seleccionaron 11 artículos. **Resultados y discusiones.** La formación en enfermería presenta limitaciones en el desarrollo de competencias de gestión, liderazgo, supervisión y toma de decisiones. Los recién egresados suelen manifestar falta de confianza para asumir funciones de gestión debido a la limitada experiencia práctica y preparación emocional. Aunque se observa una creciente incorporación de metodologías activas orientadas al desarrollo del pensamiento crítico, persisten dificultades para articular de manera efectiva los conocimientos teóricos con las experiencias prácticas. **Conclusión.** Resulta fundamental fortalecer la enseñanza de la gestión en enfermería mediante una mayor integración entre la teoría y la práctica, favoreciendo el desarrollo de competencias de gestión y liderazgo. Las metodologías activas, la capacitación del profesorado y la actualización de los planes de estudio constituyen estrategias clave para preparar a los enfermeros frente a los desafíos inherentes a la gestión de los servicios de salud.

Palabras clave: Educación en Enfermería; Gestión en Salud; Educación Basada en Competencias.

1 INTRODUÇÃO

Conforme a Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde (NOB, 1996) o termo gestão é conceituado enquanto a atividade e a responsabilidade de dirigir um sistema de saúde — seja ele municipal, estadual ou nacional — por intermédio das funções de coordenação, articulação, negociação, planejamento, acompanhamento, controle, avaliação e auditoria. Já o termo gerência é definido como a administração de uma unidade ou órgão de saúde, como ambulatório, hospital, instituto, fundação e outros, na qualidade de prestador de serviços¹.

Distinguir os termos gestão e gerência permite compreender o papel da enfermagem no Sistema Único de Saúde (SUS) e do impacto que tais profissionais têm nos processos decisórios e na execução das ações de saúde. Portanto, os enfermeiros que ocupam cargos gerenciais precisam, não apenas prestar cuidados diretos aos pacientes, como também devem lidar com recursos humanos, materiais, físicos e financeiros². Com a ampliação das atribuições profissionais e a crescente complexidade dos serviços de saúde, os enfermeiros passaram a assumir funções relacionadas à liderança e à gestão dos processos assistenciais e administrativos³.

Para exercer eficientemente esse papel na prática profissional, é necessário que haja o desenvolvimento de aptidões durante o processo formativo. A Resolução CNE/CES nº 3,

de 7 de novembro de 2001⁴, ainda em vigência, institui Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) do Curso de Graduação em Enfermagem. Entre seus objetivos está o desenvolvimento de várias competências e habilidades gerais e específicas essenciais para o exercício da enfermagem. O seu artigo 4 versa que:

“Administração e gerenciamento: os profissionais devem estar aptos a tomar iniciativas, fazer o gerenciamento e administração tanto da força de trabalho quanto dos recursos físicos e materiais e de informação, da mesma forma que devem estar aptos a serem empreendedores, gestores, empregadores ou lideranças na equipe de saúde” (p. 2).

Nesse sentido, as DCN de 2001 reconhecem que o exercício profissional do enfermeiro envolve administração, gerenciamento e liderança das equipes de saúde. Não obstante, as novas DCN para o Curso de Graduação em Enfermagem, aprovadas pelo CNE em 03 de julho de 2024, e ainda em homologação, incluem a Gestão do Cuidado e dos Serviços de Enfermagem e de Saúde como partes do eixo formativo⁵.

Portanto, torna-se fundamental desenvolver competências relacionadas à gestão da equipe, à tomada de decisões, incluindo aspectos financeiros, e à gestão de conflitos. Contudo, apesar da importância reconhecida dessas competências na enfermagem, o foco na avaliação e pesquisa sobre a eficácia da aprendizagem de liderança e as experiências dos estudantes em contextos de aprendizagem ainda é limitado⁶.

Estudos indicam que os graduandos de enfermagem são frequentemente direcionados às atividades de caráter assistencial. E essa ênfase prevalece em detrimento do desenvolvimento das competências gerenciais, que são a base para a atuação do enfermeiro em cenários diversificados⁷. Desse modo, a literatura aponta a necessidade de formar profissionais que tenham a capacidade de se adequar tanto ao cuidado direto ao paciente quanto à gestão de serviços, recursos e equipes.

Estudos mostram que a experiência prática proporciona oportunidades reais de aplicar os conhecimentos assimilados no ambiente acadêmico, refletir a respeito da sua atuação e os resultados obtidos, conseguindo assim desenvolver senso crítico, capacidade para tomada de decisão e liderança⁸.

Diante do exposto, o presente estudo visa analisar, por meio de uma revisão integrativa, como as vivências práticas no curso de enfermagem contribuem para a formação de competências gerenciais dos futuros enfermeiros gestores. A compreensão dessas experiências pode contribuir para a identificação de lacunas formativas e subsidiar melhorias curriculares que fortalecerão o papel do enfermeiro gestor, ampliando sua

atuação e promovendo melhores resultados nos serviços de saúde.

2 METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa de revisão integrativa da literatura, metodologia que permite a síntese do conhecimento disponível sobre um determinado tema, integrando diferentes estudos que possibilitam uma compreensão mais ampla da questão investigada. Para a condução da revisão, seguiram-se as etapas propostas por Whitemore e Knafl⁹: identificação do problema, definição dos critérios de inclusão e exclusão, coleta de dados, avaliação dos estudos selecionados, análise e interpretação dos resultados e apresentação da revisão.

A questão norteadora do estudo foi elaborada com base na estratégia PICO, sendo definida da seguinte maneira: P (População/Problema): enfermeiros em formação acadêmica; I (Intervenção/Interesse): vivências práticas durante a graduação; C (Comparação): não aplicável; O (Outcome/Desfecho): formação de competências para a gestão em saúde. A partir disso, a pergunta que orientou a presente revisão foi: "Quais são os impactos das vivências práticas durante a graduação na formação de competências para a atuação como enfermeiro gestor?"

Para a seleção dos estudos, estabeleceram-se os seguintes critérios de inclusão: artigos publicados entre 2015 e 2025, disponíveis na íntegra, nos idiomas português, inglês e espanhol, que abordassem educação em enfermagem, aprendizagem baseada na experiência e formação para gestão em saúde. Como critérios de exclusão: revisões narrativas, editoriais, dissertações, teses, anais de congressos, duplicatas e pesquisas que abordavam a formação de enfermeiros em gestão em saúde sem relação com o ambiente acadêmico.

A busca foi realizada entre os meses de fevereiro e março de 2025 nas bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) e PubMed. Para garantir precisão na busca, utilizaram-se os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e os Medical Subject Headings (MeSH), combinados com operadores booleanos. A estratégia de busca na LILACS e SciELO incluiu os termos: "Educação em Enfermagem" OR "Nursing Education" OR "Educación en Enfermería" AND "Gestão em Saúde" OR "Health Management" OR "Gestión en Salud" AND "Educação Baseada em Competências" OR "Competency-Based Education" OR "Educación Basada en Competencias". Já no PubMed, os descritores utilizados foram: ("Nursing

Education"[MeSH] OR "Education, Nursing") AND ("Health Management"[MeSH] OR "Management, Health") AND ("Competency-Based Education"[MeSH] OR "Education, Competency-Based").

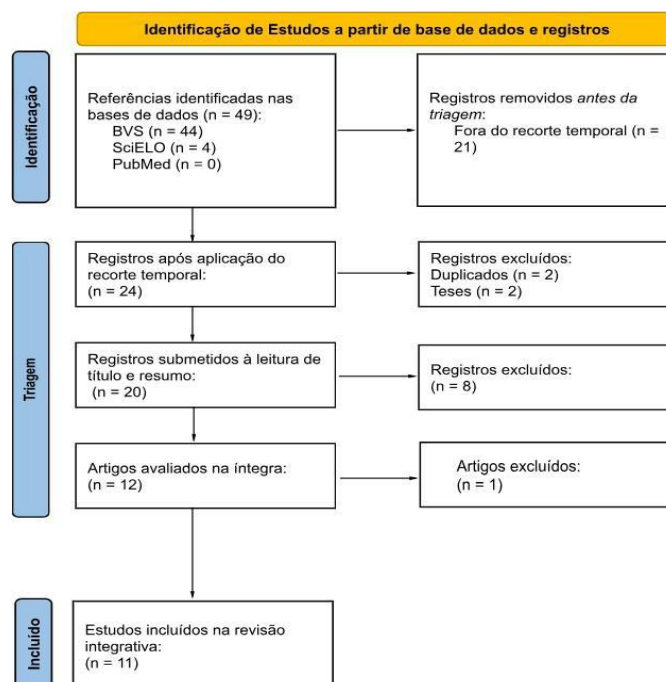
O processo de seleção dos estudos ocorreu em três etapas. Inicialmente, foram analisados os títulos e resumos, excluindo-se aqueles que não atendiam aos critérios estabelecidos. Posteriormente, os artigos pré-selecionados foram submetidos à leitura na íntegra, sendo excluídos aqueles que não se adequaram ao objetivo da revisão. O processo de identificação, triagem, elegibilidade e inclusão dos estudos foi sistematizado por meio de um fluxograma adaptado das recomendações PRISMA (Figura 1). Por fim, os estudos selecionados foram organizados em um quadro contendo informações das variáveis autor, ano de publicação, periódico e título (Quadro 1).

A busca nas bases de dados resultou em 49 registros, sendo 45 provenientes da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e 04 da SciELO. Após a aplicação do recorte temporal (2015–2025), permaneceram 24 estudos potencialmente elegíveis. Em seguida, foram excluídos dois registros duplicados e duas teses, totalizando 20 artigos para a etapa de triagem. Após a leitura dos títulos e resumos, 12 estudos foram selecionados para leitura na íntegra. Ao final desse processo, um artigo foi excluído por não atender aos objetivos da revisão, resultando em uma amostra final composta por 11 estudos. Após a seleção dos artigos, realizou-se leitura analítica dos estudos incluídos, com extração e síntese das informações relevantes para a temática investigada. Os dados foram categorizados, analisados e interpretados, o que possibilitou identificar os principais achados, convergências e tendências da literatura acerca da contribuição das vivências práticas para o desenvolvimento de competências gerenciais na formação em enfermagem.

3 RESULTADOS

Ao final do processo de seleção, sistematizado na Figura 1, 11 estudos compuseram a amostra desta revisão integrativa. Observou-se predominância de estudos publicados em periódicos da área de enfermagem e educação em saúde, com diferentes delineamentos metodológicos. Os estudos analisados abordaram aspectos que, quando correlacionados, possibilitaram a sua categorização em três vertentes : "Desenvolvimento de competências gerenciais durante a formação", "Liderança, comunicação e habilidades interpessoais" e "Estratégias pedagógicas e desafios curriculares".

Figura 1 - Fluxograma Prisma de pesquisa



Fonte: Autoria própria, 2025.

Constata-se que 10 artigos estão escritos em Língua Portuguesa e 1 em Inglês. Respeitando recorte temporal estabelecido (2015-2025), os anos de publicação dos artigos foram 2016 (n = 1), 2018 (n = 4), 2019 (n = 1), 2020 (n = 1), 2021 (n = 2), 2022 (n = 1) e 2023 (n = 1). Todas as publicações estavam indexadas na BVS.

A ausência de estudos elegíveis provenientes da PubMed pode estar relacionada às diferenças terminológicas utilizadas na literatura internacional para abordar competências gerenciais e experiências práticas na formação em enfermagem, bem como à maior concentração de publicações sobre o tema em periódicos latino-americanos indexados em bases regionais.

Quanto à metodologia abordada, observou-se predominância da abordagem qualitativa (n = 5), incluindo pesquisas qualitativas, estudos qualitativos exploratórios e estudos descritivo-exploratórios com abordagem qualitativa. Também foram identificados estudos de caso de abordagem qualitativa (n = 2), estudos transversais (n = 2), sendo um deles quantitativo e analítico, além de revisões integrativas (n = 2).

Para melhor compreensão das informações, os 11 artigos foram organizados no Quadro 1 de acordo com determinados critérios, que incluem: autoria dos artigos, ano (considerando apenas os últimos dez anos), periódico em que foram publicados e os

títulos.

Quadro 1 - Amostra final dos Artigos selecionados para a Revisão Integrativa, caracterizados quanto a autoria, ano, periódico, título, objetivo e metodologia. João Pessoa, PB, Brasil, 2025.

Autoria	Ano	Periódico	Título
Fernandes Junior RB, Santos JLG, Copelli FHS, Balsanelli AP.	2020	Rev Esc Enferm USP;54:e 03615	Tendência empreendedora e comunicação interpessoal de estudantes de Enfermagem.
Varanda, PAG; Amestoy, SC; Silva, GTR; Backes, VMS; Trindade, LL; Bão, ACP.	2021	Rev. de Enf. do Centro-Oeste Mineiro; 11/4239	Práticas pedagógicas adotadas por docentes na formação de enfermeiros-líderes.
Peruzzo HE, Marcon SS, Silva IR, Haddad MC, Peres AM, Costa MA, et al.	2022	Acta Paul Enferm.; 35:eAPE039015634	Intervenção educativa sobre competências gerenciais com enfermeiros da Estratégia Saúde da Família.
Amestoy SC, Trindade LL, Silva GTR, Martins MM, Varanda PAG, Santos IAR.	2021	Rev Gaúcha Enferm.;42(esp): e2 0200196	Fragilidades e potencialidades na formação de enfermeiros-líderes.
Crespo MCA, Barbosa NA, Bittencourt NCCM, Lucas PRMB, Silva IR, Silva MM.	2023	Rev enferm UERJ, Rio de Janeiro; 31:e75392	Habilidades sociais na especialidade da enfermagem em oncologia: estudo qualitativo.
Tenório HAA, Souza IB, Gomes Junior ELG, et al.	2019	Rev enferm UFPE on line;13:e240535	Gestão e gerenciamento de enfermagem: perspectivas de atuação do discente.
Silva AM, Celich KLS, Silva TG, Souza SS, Bitencourt JVOV, Bertencello KCG.	2018	Rev Fun Care Online;10(4):1098-1102.	Percepção de enfermeiras quanto ao ensino e aprendizagem da gestão em Enfermagem.
Cunha KS, Andrade SR, Erdmann AL.	2018	Rev. Latino-Am. Enfermagem 2018;26:e2980	University management nurse: a grounded theory.

Barreto RM, Vasconcelos MN, Melo ES, Araújo MAF, Lira RCM, Albuquerque IMN.	2018	Rev. Eletr. Enf. 2018;20:v20a27	Dimensões gerenciais na formação acadêmica de enfermagem: uma revisão integrativa.
Santos JLG, Souza CSBN, Tourinho FSV, Sebold LF, Kempfer SS, Linch GFC.	2018	Texto Contexto Enferm, 2018; 27(2):e1980016	Estratégias didáticas no processo de ensino-aprendizagem de gestão em enfermagem.
Andrade LDF, Souza SO, Medeiros HA, Pinto MB, Santos NCCB, Lima EAR.	2016	Cienc Cuid Saude 2016 Abr/Jun; 15(2): 275-281	Avaliação das disciplinas que desenvolvem o tema gestão em serviços de saúde e enfermagem.

Fonte: Autoria Própria, 2025.

4 DISCUSSÃO

4.1 Desenvolvimento de competências gerenciais durante a formação.

Os estudos evidenciam os desafios persistentes nos últimos 10 anos no que tange desenvolvimento das competências de administração e gerenciamento necessárias para o exercício da gestão em serviços de saúde e baixa, média e alta complexidade. Os achados apontam para a necessidade de uma formação que integre de maneira equilibrada as competências assistenciais e gerenciais. Considerando que o gerenciamento eficaz requer a compreensão do cuidado como um conjunto de ações articuladas, evitando a dissociação entre assistência e gestão¹⁰. No entanto, a formação predominante ainda está fortemente baseada no modelo biomédico, com pouca ênfase nos aspectos sociais e humanos, o que dificulta a atuação em contextos políticos e culturais, principalmente por refletir a influência que modelo Taylorista de produção e gerência tem sobre o trabalho de saúde¹⁰.

Somado a isso, a falta de maturidade emocional dos recém-formados para assumir cargos de gestão também é uma questão complexa a ser tratada. Muitos jovens profissionais entram no mercado de trabalho sem a segurança necessária para o gerenciamento da equipe de enfermagem e dos processos de cuidado, visto que a idade e as vivências reduzidas impactam na credibilidade da equipe para com os recém-formados⁷.

Em concordância com tais aspectos, os medos e inseguranças frente à tomada de decisão e a mediação de conflitos são reflexos de uma formação que não os prepara adequadamente para atuar com autonomia e liderança¹¹.

4.2 Liderança, comunicação e relações interpessoais.

A liderança é um tema central na formação dos enfermeiros, mas foram evidentes as lacunas na construção dessa competência. Sob o ponto de vista dos docentes, a liderança é trabalhada desde os primeiros semestres da graduação, porém não é abordada diretamente nas disciplinas. Havendo um consenso de que alguns cursos de graduação em enfermagem focam exclusivamente nas habilidades que envolvem a técnica, negligenciando espaços para o desenvolvimento da liderança¹². O mesmo estudo ressalta a importância das práticas pedagógicas que promovem o pensamento crítico e a autonomia dos estudantes, preparando-os com eficiência para o mercado de trabalho.

Além da liderança, a supervisão da equipe de enfermagem é uma competência essencial no dia a dia do processo de trabalho do enfermeiro, porém não é evidenciada e fortalecida durante a graduação de maneira satisfatória. Pesquisas realizadas com estudantes evidenciam que, mesmo no último período do curso, ainda apresentam dificuldades em desempenhar tal competência, demonstrando uma insatisfação não apenas com currículo como também com a formação prática⁷.

Outra competência mencionada na literatura é a comunicação, ou habilidade social, importante tanto para a gestão de pessoas como para o cuidado ao paciente. Para tais aspectos, a carência de uma abordagem que integre teoria e prática restringe os discentes às habilidades sociais inerentes a si e ao aprendizado intuitivo, o que pode comprometer a qualidade das interações e a gestão do cuidado¹³.

Somada às fragilidades na construção de um profissional que desenvolve a liderança em enfermagem e estabelece uma relação interpessoal eficaz com a equipe, dificuldades em se adaptar a diferentes contextos também são reflexos apontados como a falta de estímulos à criatividade e a resolução de problemas. Como a construção da identidade profissional ocorre de forma contínua, dinâmica e progressiva, cabe às instituições de ensino utilizar-se de cenários complexos em que a comunicação e a adaptabilidade são estimuladas¹⁴.

4.3 Estratégias pedagógicas e desafios curriculares para a formação do enfermeiro gestor.

Os docentes têm buscado novas metodologias para favorecer o processo de ensino-aprendizagem, ressaltando o protagonismo dos alunos e o pensamento crítico visando estimular a autonomia e a criatividade dos estudantes. Apesar disso, integrar teoria e prática é um desafio considerável, por isso recomenda-se às tecnologias educacionais e

simulações como estratégias que aproximem o ensino da realidade profissional¹⁵.

Tais aspectos explicam a existência de estudos que abordam a necessidade de reformulação curricular e metodológica no que diz respeito ao ensino da gestão em enfermagem. Isso pois, do modelo tradicional de ensino tem sido substituído de maneira gradativa por metodologias ativas que estimulam o protagonismo dos discentes através de atividades participativas, trabalho em grupo e ensino baseado em simulação. Essas são mudanças bem-vindas visto as atuais necessidades do mercado de trabalho, ao passo que aproximam a teoria e a prática¹⁵.

Mesmo as DCNs de Enfermagem, instituídas em 07 de novembro de 2001, terem fomentado mudanças, ainda existem barreiras institucionais que impedem/difícultam a consolidação da liderança enquanto competência no ensino de enfermagem. Prejudicando assim a formação de líderes na área da saúde^{4,12,16}.

Outro desafio apontado refere-se à necessidade de adaptação dos professores ao novo modelo de ensino. A transição para metodologias mais ativas, voltadas ao ensino de competências, requer um preparo por parte dos docentes que nem sempre é proporcionado pelas instituições de ensino. Esse enfoque deve ser estendido para os docentes que relatam assumirem cargos de gestão universitária sem a formação específica na área de gestão acadêmica, aprendendo na prática por meio de tentativas empíricas e da observação do cotidiano de trabalho^{15,17}.

Independente do serviço, para que o profissional desempenhe o papel de gestor, a formação em enfermagem deve prover o alicerce de conhecimento ao desenvolver as habilidades organizacionais, a resolução de conflitos e a liderança situacional, para tal, é primordial a participação ativa dos discentes durante todo o processo¹⁸. A autonomia e o pensamento crítico são os pilares para a gestão em enfermagem, os impactos de uma pedagogia que priorize o protagonismo dos alunos durante o processo de aprendizagem¹⁹.

5 CONCLUSÃO

O presente estudo evidenciou a necessidade de mudanças no ensino de competências de gestão e gerenciamento em enfermagem, de modo que a teoria e a prática complementam-se de maneira eficiente e eficaz. Notou-se que a predominância do modelo biomédico na formação universitária em enfermagem, a pouca ênfase na formação gerencial e as dificuldades enfrentadas pelo recém-formado ao ocupar um cargo de gestão parecem indicar que a mudanças de abordagens metodológicas seria fundamental para um aprendizado dinâmico e mais próximo das exigências do mercado de trabalho.

Dentre as possíveis mudanças, pode-se citar a adoção das metodologias ativas, o investimento em tecnologia educacional e a extensão das experiências práticas. Sendo assim, torna-se crucial que tanto as instituições de ensino quanto os professores sejam os precursores da mudança no ensino da gestão em enfermagem. Eles devem impulsionar ações que ajudem no desenvolvimento de competências e no aprimoramento das habilidades essenciais para a gestão de materiais e pessoas.

Aprofundar a colaboração entre a academia e os serviços de saúde, a atualização dos currículos e investir na capacitação dos professores para o uso de metodologias ativas são atitudes essenciais para garantir um ensino que prepare os enfermeiros para os desafios da gestão. Uma formação que estimule o pensamento crítico e a reflexão capacitará esses profissionais a desempenhar suas funções de gestão com mais confiança, assegurando um cuidado de qualidade e colaborando para aprimorar os serviços de saúde.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 2.203, de 5 de novembro de 1996. Aprova a NOB 1/96, que redefine o modelo de gestão do Sistema Único de Saúde [Internet]. Diário Oficial da União. 6 nov 1996. Disponível em: https://www5.saude.ba.gov.br/portalcib/images/arquivos/Legislacao/Portaria_2203_05_11_1996_NOB.pdf
2. Campos CCV, Santos LGS. A percepção do enfermeiro sobre o seu papel no gerenciamento de custos hospitalares. REME Rev Min Enferm [Internet]. 2008 [citado em 16 set 2024];12(2):249-56. Disponível em: https://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-27622008000200016&lng=es&nrm=iso&tlng=pt
3. Huston C. Preparing nurse leaders for 2020. J Nurs Manag. 2008;16(8):905-11. doi: 10.1111/j.1365-2834.2008.00942.x
4. Ministério da Educação (BR). Conselho Nacional de Educação. Resolução CNE/CES nº 3, de 7 de novembro de 2001. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem [Internet]. Diário Oficial da União. 9 nov 2001 [citado em 4 set 2024]. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES03.pdf>
5. Ministério da Educação (BR). Conselho Nacional de Educação. Resolução CNE/CES nº 1, de 15 de maio de 2026. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Graduação em Enfermagem, licenciatura e bacharelado [Internet]. Diário Oficial da União. 19 maio 2026 [citado em 4 set 2026]. Disponível em: <https://www.gov.br/mec/pt-br/cne/resolucoes-ces-2026>
6. James AH. Valuing the emotions of leadership learning experience in nursing education. Nurse Educ Pract. 2023;71:103716. doi: 10.1016/j.nepr.2023.103716
7. Tenório HAA, Souza IB, Gomes Junior EL, Santos RFEP, Correia DS, Viana LS, et al. Gestão e gerenciamento de enfermagem: perspectivas de atuação do discente. Rev Enferm UFPE Online. 2019;13:e240535. doi: [10.5205/1981-8963.2019.240535](https://doi.org/10.5205/1981-8963.2019.240535)
8. Lima EJA, Tavares WLRG, Lima RE, Barros LP, Barros LP, Marins RA, et al. A importância do treinamento prático na formação do profissional de enfermagem. Rev Foco. 2023;16(11):e3238. doi: 10.54751/revistafoco.v16n11-006

9. Whittemore R, Knafl K. The integrative review: updated methodology. *J Adv Nurs*. 2005;52(5):546-53. doi: [10.1111/j.1365-2648.2005.03621.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2005.03621.x)
10. Barreto RMA, Vasconcelos MN, Melo ES, Araújo MAF, Lira RCM, Albuquerque IMAN. Dimensões gerenciais na formação acadêmica de enfermagem: uma revisão integrativa. *Rev Eletr Enferm*. 2018;20:e20a27. doi: 10.5216/ree.v20.47945
11. Silva AM, Celich KLS, Silva TG, Souza SS, Bitencourt JVOV, Bertoncello KCG. Percepção de enfermeiras quanto ao ensino e aprendizagem da gestão em enfermagem. *Rev Pesqui Cuid Fundam Online*. 2018;10(4):1098-102. doi: [10.9789/2175-5361.2018.v10i4.1098-1102](https://doi.org/10.9789/2175-5361.2018.v10i4.1098-1102)
12. Varanda PAG, Amestoy SC, Silva GTR, Backes VMS, Trindade LL, Pretto AC. Práticas pedagógicas adotadas por docentes na formação de enfermeiros-líderes. *Rev Enferm Cent-Oeste Min*. 2021;11:e4239. doi: 10.19175/recom.v11i0.4239
13. Crespo MCA, Barbosa NA, Bittencourt NCCM, Lucas PRMB, Silva IR, Silva MM. Habilidades sociais na especialidade da enfermagem em oncologia: estudo qualitativo. *Rev Enferm UERJ*. 2023;31:e75392. doi: 10.12957/reuerj.2023.75392
14. Ferreira Junior RB, Santos JLG, Copelli FHS, Balsanelli AP. Tendência empreendedora e comunicação interpessoal de estudantes de enfermagem. *Rev Esc Enferm USP*. 2020;54:e03615. doi: [10.1590/S1980-220X2018056603615](https://doi.org/10.1590/S1980-220X2018056603615)
15. Santos JLG, Souza CSBN, Tourinho FSV, Sebold LF, Kempfer SS, Linch GFC. Estratégias didáticas no processo de ensino-aprendizagem de gestão em enfermagem. *Texto Contexto Enferm*. 2018;27(2):e1980016. doi: [10.1590/0104-070720180001980016](https://doi.org/10.1590/0104-070720180001980016)
16. Andrade LDF, Souza SO, Medeiros HA, Pinto MB, Santos NCCB, Lima EAR. Avaliação das disciplinas que desenvolvem o tema gestão em serviços de saúde e enfermagem. *Cienc Cuid Saude*. 2016;15(2):275-81. doi: 10.4025/cienccuidsaude.v15i2.28247
17. Cunha KS, Andrade SR, Erdmann AL. University management nurse: a grounded theory. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2018;26:e2980. doi: 10.1590/1518-8345.2199.2980
18. Peruzzo HE, Marcon SS, Silva IR, Haddad MCFL, Peres AM, Costa MAR, et al. Intervenção educativa sobre competências gerenciais com enfermeiros da Estratégia Saúde da Família. *Acta Paul Enferm*. 2022;35:eAPE039015634. doi: 10.37689/acta-ape/2022AO015634
19. Amestoy SC, Trindade LL, Silva GTR, Martins MM, Varanda PAG, Santos IAR. Fragilidades e potencialidades na formação de enfermeiros-líderes. *Rev Gaucha Enferm*. 2021;42 Esp:e20200196. doi: [10.1590/1983-1447.2021.20200196](https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20200196)

O impacto das notícias falsas na hesitação e recusa vacinal: revisão e prospecção sobre a desmistificação das notícias falsas

The impact of fake news on vaccine hesitancy and refusal: review and prospects on demystifying fake news

El impacto de las noticias falsas en la reticencia y el rechazo a las vacunas: revisión y prospección para desmitificar las noticias falsas

**Camila Marsola Sandim Matheus¹
Laudenira Coimbra Rocha Barros²
Antonio Jorge Silva Correa Júnior³
Adriana de Sá Pinheiro dos Santos⁴
Niceane dos Santos Figueiredo Teixeira⁵**

¹ Universidade Federal do Pará (UFPA) | camilamarsolaa@gmail.com

² Universidade da Amazônia (UNAMA) | laudenirarochoa@gmail.com

³ Universidade de São Paulo (USP) | antoniocorreajunior@usp.br

⁴ Universidade do Estado do Pará (UEPA) |

⁵ Universidade da Amazônia (UNAMA) | profaniceaneteixeira@gmail.com

RESUMO

A vacinação é uma das estratégias mais eficazes da saúde pública, contudo, a hesitação vacinal vem sendo influenciada por diversos fatores sociopolíticos. O objetivo foi descrever as evidências disponíveis sobre notícias falsas relacionadas às vacinas e seu impacto na percepção pública e na adesão à vacinação. Este estudo descritivo consiste em uma Revisão Integrativa de Literatura nas bases LILACS, PUBMED, Portal Periódicos CAPES e Google Acadêmico (Etapa 1) e uma Prospecção qualitativa de comentários que demonstram hesitação vacinal, pautada em Análise de Conteúdo, na página do instagram Ministério da Saúde do Brasil (Etapa 2). Do universo de 128.508 estudos, restaram 19 artigos (14 pesquisas qualitativas e cinco pesquisas quantitativas), com nível de evidência majoritário VI. A codificação de quinze comentários gerou as afirmações: venenosas; mortais; prejudiciais para crianças; experimento genético; causadoras de câncer, trombose, infarto e acidente vascular encefálico; encobrem o sistema imunológico humano; relacionadas à aposentadoria pelo Instituto Nacional do Seguro Social; e vacinas como a picadinha do amor; subsidiando a categoria “A vacina como ‘picadinha do amor’ para a hesitação vacinal: fake news e conspiracionismo como instrumentos contra a Saúde Pública”. Aliadas, tais evidências demonstram o conteúdo de conspiracionismo, medo e ironia amplamente propagados respaldando a hesitação vacinal, resultando em uma queda preocupante na adesão a campanhas de imunização. Sugere-se que as campanhas de conscientização sejam fortalecidas, utilizando uma abordagem mais proativa e digital, para alcançar diretamente os públicos mais vulneráveis.

Palavras-chave: Hesitação Vacinal, COVID-19, Desinformação, Saúde Pública.

ABSTRACT

Vaccination remains one of the most effective public health interventions; however, vaccine hesitancy has increasingly been shaped by a range of sociopolitical factors. This study aimed to describe the available evidence on vaccine-related misinformation and its impact on public perceptions and vaccination uptake. A descriptive study was conducted, comprising an Integrative Literature Review of studies retrieved from the

LILACS, PubMed, CAPES Journal Portal, and Google Scholar databases (Stage 1), alongside a qualitative exploration of comments expressing vaccine hesitancy posted on the Brazilian Ministry of Health's Instagram page, analyzed using Content Analysis techniques (Stage 2). From an initial pool of 128,508 records, 19 studies met the inclusion criteria, including 14 qualitative and five quantitative investigations, with Level VI evidence predominating. The analysis of fifteen comments revealed narratives portraying vaccines as poisonous, lethal, harmful to children, genetic experiments, and causes of cancer, thrombosis, myocardial infarction, and stroke. Additional claims suggested that vaccines suppress the human immune system, were linked to retirement benefits provided by the National Institute of Social Security, and were referred to as the "love shot." These findings supported the development of the category: "The vaccine as a 'love shot' in vaccine hesitancy: misinformation and conspiracy beliefs as tools against public health". Taken together, the findings highlight the widespread circulation of conspiracy-based narratives, fear-inducing messages, and ironic discourse that reinforce vaccine hesitancy and contribute to a concerning decline in adherence to immunization campaigns. Strengthening public awareness initiatives through more proactive and digitally oriented communication strategies is recommended to engage vulnerable populations more effectively and counter the spread of misinformation.

Keywords: Vaccination Hesitancy, COVID-19, Disinformation, Public Health.

RESUMEN

La vacunación constituye una de las estrategias más eficaces de la salud pública; sin embargo, la reticencia a vacunarse se ha visto influida por diversos factores sociopolíticos. El objetivo de este estudio fue describir la evidencia disponible sobre las noticias falsas relacionadas con las vacunas y su impacto en la percepción pública y en la aceptación de la vacunación. Se llevó a cabo un estudio descriptivo compuesto por una Revisión Integrativa de la Literatura en las bases de datos LILACS, PUBMED, Portal de Periódicos CAPES y Google Académico (Etapa 1), así como por una prospección cualitativa de comentarios que evidenciaban reticencia vacunal, fundamentada en el Análisis de Contenido, en la página de Instagram del Ministerio de Salud de Brasil (Etapa 2). De un total de 128.508 estudios identificados, se seleccionaron finalmente 19 artículos (14 investigaciones cualitativas y cinco cuantitativas), predominando el nivel de evidencia VI. La codificación de quince comentarios permitió identificar afirmaciones que describían las vacunas como venenosas, mortales, perjudiciales para los niños, experimentos genéticos, causantes de cáncer, trombosis, infarto y accidente cerebrovascular; además de atribuirles la capacidad de ocultar el funcionamiento del sistema inmunitario humano, relacionarlas con la jubilación a través del Instituto Nacional del Seguro Social y calificarlas como la "inyección del amor". Estos hallazgos dieron origen a la categoría: "La vacuna como 'inyección del amor' en la reticencia vacunal: las noticias falsas y el conspiracionismo como instrumentos contra la salud pública". En conjunto, las evidencias ponen de manifiesto la difusión de discursos marcados por el conspiracionismo, el miedo y la ironía, que favorecen la reticencia vacunal y contribuyen a una preocupante disminución de la adhesión a las campañas de inmunización. Se recomienda fortalecer las campañas de sensibilización mediante estrategias más proactivas y orientadas al entorno digital, con el fin de llegar de manera directa a los grupos más vulnerables.

Palabras clave: Vacilación a la Vacunación, COVID-19, Desinformación, Salud Pública.

1 INTRODUÇÃO

Indubitavelmente, as vacinas representam uma das conquistas mais significativas da medicina moderna, proporcionando proteção contra uma ampla gama de doenças infecciosas. Segundo o Ministério da Saúde¹, a vacinação é reconhecida como uma das mais eficazes estratégias para preservar a saúde da população. De modo geral, as vacinas atuam estimulando o sistema imunológico a reconhecer e combater agentes patogênicos, como vírus e bactérias, antes que causem doenças. E apesar das diferentes categorias de vacinas — atenuadas, inativadas, de toxoides e de subunidades — todas compartilham o objetivo de

promover imunidade por meio da produção de anticorpos².

Embora a vacinação seja amplamente reconhecida como uma das mais eficazes estratégias de prevenção, a queda da adesão vacinal continua sendo um problema recorrente. A hesitação vacinal é um fenômeno multifatorial que envolve desconfiança em relação à segurança e eficácia das vacinas, influências culturais, políticas e sociais, além de fatores individuais, como crenças pessoais e falta de acesso à informação adequada³.

A rapidez com que se pode produzir, divulgar e consumir informações não só democratizou o acesso à informação, como também gerou abundância desta, tendo como efeito colateral a facilitação da propagação de informações falsas ou tendenciosas. Nesse contexto, a circulação de *fake news* e desinformação, sobretudo nas redes sociais, tem contribuído para o aumento da hesitação vacinal, gerando dúvidas quanto à segurança e eficácia das vacinas. Esse fenômeno compromete a imunidade coletiva, favorecendo o retorno de doenças previamente controladas e representando um risco significativo à saúde pública.

Diante desse cenário, a redução da cobertura vacinal tem sido associada ao aumento da desconfiança em relação à vacinação, frequentemente alimentada pelo negacionismo e pela disseminação de desinformação. A problemática do presente estudo se mostra na necessidade social e científica de investigar os fatores que contribuem para a propagação dessas notícias falsas. De acordo com Fernandes e Montuari⁴, a vacinação reúne defensores no campo da saúde coletiva, em contraposição a grupos que questionam seus benefícios. Ainda assim, evidências científicas demonstram que as vacinas constituem importantes instrumentos de saúde pública, sendo responsáveis pelo controle de diversas doenças que historicamente impactaram populações em todo o mundo.

Portanto, o objetivo da pesquisa foi descrever as evidências disponíveis sobre notícias falsas relacionadas às vacinas e seu impacto na percepção pública e na adesão à vacinação.

2 CONTEXTO HISTÓRICO DA VACINAÇÃO, SUA IMPORTÂNCIA E A DISSEMINAÇÃO DE *FAKE NEWS*

O primeiro registro de vacina que se tem em todo o mundo foi desenvolvido pelo médico inglês Edward Jenner no século XVIII, na Inglaterra. Edward Jenner criou um método de vacinação para prevenir a contaminação por varíola em humanos e a chegada no Brasil ocorreu apenas alguns anos depois de ter sido descoberta por Edward Jenner,

acredita-se que foi trazida pelo marquês de Barbacena no ano de 1804⁵. No Brasil do século XX, o Estado do Rio de Janeiro se estabeleceu como a maior cidade brasileira, com mais de 800 mil habitantes e com o crescimento urbano acelerado, surgiu o desordenamento e com isso, o Rio de Janeiro tornou-se palco de uma série de problemas sanitários: epidemias e surtos regulares de doenças como febre amarela, varíola, cólera, peste bubônica etc.⁶

Nos últimos anos, com a pandemia da COVID-19, o retorno da Poliomielite e a circulação do vírus do Sarampo, assim como na Revolta da Vacina, observa-se um discurso antivacinas impulsionado por interesses políticos, sociais e, por vezes, religiosos. No caso da COVID-19, a vacina foi associada até mesmo ao vírus do HIV, outra notícia enganosa, feita para confundir as pessoas menos esclarecidas. O Conselho Nacional de Saúde (CNS) publicou uma nota de repúdio contra a divulgação desta informação e acrescentou que a Sociedade Brasileira de Infectologia (SBI) afirmou que “não se conhece nenhuma relação entre qualquer vacina contra a COVID-19 e o desenvolvimento de síndrome da imunodeficiência adquirida”⁷.

Nessa perspectiva, é importante compreender que o discurso antivacina e contra a ciência sempre se fez presente, porém, se controlava em pequenos grupos e fora do centro dos debates políticos, entretanto, com os últimos governos, esse discurso ganhou forma e suporte para que estivesse na mesa principal das discussões, encorajando esses pequenos grupos a compartilharem suas opiniões como se fossem estudos sérios. Este é o caso de pessoas de grande influência social, como o presidente dos Estados Unidos, Donald Trump, que em discurso público insinuou a ingestão de desinfetante ou luz solar para combater a COVID-19 levando várias pessoas em seu país a serem internadas com intoxicação e também o presidente da Bielorrússia, Aleksandr Lukashenko, que recomendou vodka e sauna⁸⁻⁹, são exemplos do uso danoso do poder da mídia.

É válido apontar que *Fake News* é a expressão em inglês para notícias falsas. A partir disso, é possível entender as *fake news* como notícias propositalmente falsas que foram criadas, geralmente com o objetivo de enganar os leitores e até mesmo distorcer a verdade, Serra¹⁰ infere que as *fake news* não são necessariamente uma filtragem de uma notícia verdadeira, selecionando fatos específicos, mas sim uma distorção ou completa criação.

Desse modo, a hesitação vacinal é um dos impactos mais graves da propagação de notícias falsas, com potencial para causar consequências irreparáveis à saúde pública, como destacado por Carneiro¹¹. Quando informações incorretas ou enganosas sobre vacinas se espalham, elas podem gerar medo e desconfiança na população, levando muitas pessoas a optar por não se vacinar.

Visto que a cobertura vacinal passa por um momento de crise e doenças infecciosas estão circulando novamente por conta da antivacinação, esse movimento é frequentemente sustentado pela disseminação de informações incorretas e pela crença de que tratamentos alternativos como homeopatia, medicina antroposófica e alimentação saudável seriam suficientes para substituir a vacinação⁴.

No ano de 2016, uma publicação intitulada “10 razões pelas quais você não deveria vacinar seus filhos”, trouxe ao debate público exatamente os argumentos utilizados pelas comunidades adeptas às *fake news* sobre vacinas⁴, desenvolveu-se um estudo analisando esta publicação para desmistificar cada um desses tópicos. Entre os principais motivos para a baixa vacinal na infância, encontra-se a hesitação vacinal. Uma das notícias falsas mais utilizadas por negacionistas é a do temor pelos “Efeitos Adversos”, justificados pelo fato de as vacinas possuírem aditivos químicos e mortais, causarem doenças incuráveis ao longo da vida em algumas crianças, podendo inclusive levar à “morte” e em segundo, a ideia de que não vacinar incide em maior imunização aos indivíduos, pois os pais e responsáveis que se recusaram a autorizar a vacinação nas crianças acreditavam que seus filhos já estavam saudáveis e protegidos o suficiente. Brotas et al.¹² explicitam que os atores dos movimentos antivacina encontraram nas mídias sociais uma forma de tornar as suas manifestações públicas, sem a necessidade da mediação de um veículo de comunicação tradicional.

Neves e Borges¹³ destacam que as mídias sociais são um dos principais veículos de propagação da desinformação. O ambiente dinâmico das mídias sociais, somado à ausência de uma seleção rigorosa, torna esse espaço um lugar propício para a disseminação de desinformação. Segundo Biolcati¹⁴, as redes sociais, como instrumento de estabelecimento de relações, não são positivas ou negativas, boas ou más, úteis ou inúteis, revelando-se essas características a partir do uso desses dados. No entanto, é preciso reconhecer seu alto potencial para a viralização de *fake news*.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) incluiu a hesitação vacinal entre as 10 maiores ameaças à saúde pública global. No caso da COVID-19, os primeiros esforços para o desenvolvimento de vacinas começaram em março de 2020, com laboratórios como Pfizer e Sinovac divulgando as etapas de seus ensaios clínicos, acompanhados de perto pela comunidade científica e pela população¹⁵. No entanto, as redes sociais se tornaram um dos principais obstáculos à credibilidade da vacinação.

3 MÉTODO

3.1 Tipo de estudo

O presente estudo é do tipo descritivo, sua primeira fase foi uma Revisão Integrativa de Literatura (RIL)¹⁶ e sua segunda fase uma Prospecção de comentários em mídia social do Ministério da Saúde, ancorada em uma Análise de Conteúdo (AC)¹⁷. A RIL proporciona a síntese do conhecimento e a integração de resultados de diversos estudos, é uma abordagem mais ampla e permite a inclusão de estudos experimentais ou não e segundo Mendes, Silveira e Galvão¹⁶, é na elaboração da pergunta norteadora em que haverá a delimitação do tema e população de pesquisa, dando seguimento para a busca em bases de dados.

Na RIL, após as duas etapas apresentadas (1ª criação da pergunta norteadora, 2ª busca de literaturas), parte-se para a coleta de dados, extraíndo-se dados de artigos selecionados, após passar pelos critérios de inclusão e exclusão que são definidos junto à questão norteadora. Nessa terceira fase, necessita-se de atenção e precisão definida, para que não sejam cometidos erros de análise. Na 4ª fase, os dados selecionados passam por uma análise crítica, é o momento de uma abordagem mais organizada e com necessidade de apuração dos métodos e resultados, nesse momento os dados são expostos a uma Prática Baseada em Evidências, por vários níveis para que sejam analisadas com o máximo de clareza.

Por seguinte, chegam as duas fases finais da RIL. Primeiro a 5ª fase, onde ocorre a discussão dos resultados com interpretação e síntese os dados finais, identificado as lacunas e problemáticas do tema escolhido para pesquisar e, por fim, a 6ª fase, a apresentação da pesquisa, que necessita ser clara e completa, criticamente exposta e contextualizada.

Destarte, a pergunta de revisão considerou o acrônimo PICO (População, Interesse, Contexto)¹⁸. Qual as evidências sobre o impacto das notícias falsas na hesitação e recusa vacinal (I) nas crianças, adolescentes, adultos e pessoas idosas (P) na Atenção Primária à Saúde (Co)? Para o relato da busca e da amostragem será empregado o fluxograma da iniciativa PRISMA¹⁹.

3.2 Fontes de dados e amostragem da RIL

A amostragem para esta revisão foi realizada de maneira criteriosa e sistemática, visando identificar uma ampla gama de fontes relevantes para o tema da vacinação e desinformação associada. Para isso, foram exploradas bases de dados acadêmicas, incluindo da saúde como, Literatura Latino-Americana Em Ciências Da Saúde (LILACS) e National Library of Medicine (PubMed) e outras multidisciplinares como Portal de buscas Periódicos CAPES e Google Scholar. Conforme o Quadro 1 estão descritos os Descritores em Ciências

da Saúde e Medical Subject Headings, os termos controlados foram unidos aos operadores AND e OR (Quadro 1).

Quadro 1 – Termos controlados e estratégias de busca.

Descritores em Ciências da Saúde
População: Criança; Adolescente; Adulto; Idoso. ESTRATÉGIA DE BUSCA = ((“Criança OR “Adolescente” OR “Adulto” OR “Idoso”) AND (“Hesitação Vacinal”))
Interesse: Desinformação; Hesitação Vacinal. ESTRATÉGIA DE BUSCA = ((“Hesitação Vacinal”) AND (“Desinformação or <i>Fake News</i> ”))
Contexto: Enfermagem de Atenção Primária; Programas de Imunização. ESTRATÉGIA DE BUSCA = ((“Hesitação Vacinal”) AND (“Enfermagem de Atenção Primária” OR “Programas de Imunização”))
Medical Subject Headings e Keywords
Patients: Child; Adolescent; Adult; Elderly. ESTRATÉGIA DE BUSCA = ((“Child” OR “Adolescent” OR “Adult” OR “Elderly”) AND (“Vaccine Hesitancy”))
Interest: Misinformation; Vaccine Hesitancy. ESTRATÉGIA DE BUSCA = ((“Vaccine Hesitancy”) AND (“Misinformation or <i>Fake News</i> ”))
Context: “Immunization Programs”. Primary Care Nursing; Immunization Programs. ESTRATÉGIA DE BUSCA = ((“Immunization Programs” OR “Primary Care Nursing” OR “Immunization Programs”) AND (“Vaccine Hesitancy”))

Fonte: Autoras, 2024.

Quanto à fase de prospecção, os dados referentes aos comentários e a hesitação vacinal, possivelmente influenciados por *Fake News*, foram coletados da página do Instagram @minsaude.

3.3 Critérios de seleção de publicações e comentários do Instagram @minsaude

Os critérios de inclusão utilizados na RIL foram artigos de acesso público e gratuito, disponíveis nas bases de dados CAPES, PubMed, LILACS e Google Acadêmico. Foram considerados trabalhos publicados nos idiomas português, inglês e espanhol, no período entre 2020 e 2024, considerou-se tanto estudos primários quanto trabalhos de revisão com pendor para a área da Saúde Coletiva. Na prospecção, no segundo semestre de 2024, houve a inclusão de comentários que denotavam hesitação vacinal, possivelmente influenciados por *Fake News*, contou com o critério de relevância no número de “likes” do comentário, priorizando sempre os dois mais curtidos em cada post do Instagram do Ministério.

Como critério de exclusão de artigos, empregou-se trabalhos que não são de acesso

público e gratuito e artigos sem aderência ao tema. Quanto à coleta de comentários sobre hesitação, foram excluídos todos os que não se referiam propriamente à vacinação.

No tocante a prospecção, a coleta foi manual, por meio de prints, posteriormente digitados, selecionaram-se comentários de pessoas que discordavam da vacinação, e com comentários mais curtidos por outros usuários da rede.

3.4 Extração e análise de dados

Os dados a serem extraídos das publicações científicas levaram em conta a ferramenta validada do *Joanna Briggs Institute*, contendo autoria, delineamento, características da amostragem, intervenções e desfecho²⁰. Para os verbatins, utilizou-se o processador de texto *Microsoft Word* (versão 2018) para criação de quadros contendo o fichamento das sinopses dos comentários da etapa de prospecção.

A segunda etapa utilizou como referencial a análise de materiais e documentos disponíveis online, envolvendo a interpretação e compreensão de textos, imagens, vídeos, áudios. A leitura flutuante ocorreu desde a aproximação das duas primeiras autoras com o tema, como seguidoras da página do Instagram @minsaude. Logo, a AC¹⁷ se processou da seguinte forma: escolha de verbatins a serem analisados a partir do critério de relevância de mais curtidas e de possivelmente influenciados por *Fake news*, totalizando quinze (15) comentários; na exploração do material tais verbatins foram transportados para um quadro em *Microsoft Word* para a maior familiarização, sempre com a figura do post em paralelo para visualização do contexto do mesmo, assim, analisou-se oito (8) códigos de padrões que se repetiam; a interpretação que diferencia a síntese narrativa da interpretação científica, construiu uma única categoria: “A vacina como ‘picadinha do amor’ para a hesitação vacinal: fake news e conspiracionismo como instrumentos contra a Saúde Pública”, considerando o subtema dos comentários: medo, conspiracionismo e polarização política que colocam em descrédito o Ministério da Saúde.

3.5 Avaliação dos artigos da amostra da RIL

Foram julgados considerando¹⁸ Nível I: Evidências provenientes de revisão sistemática ou metanálise de todos os ensaios clínicos randomizados (ECRs) relevantes; Nível II: Evidências de ensaios clínicos randomizados bem delineados; Nível III: Evidências obtidas de ensaios controlados bem delineados sem randomização; Nível IV: Evidências provenientes de estudos de caso-controle e de coorte bem delineados; Nível V: Evidências

provenientes de revisões sistemáticas de estudos descritivos e qualitativos; e por fim, Nível VI: Estudos descritivos ou qualitativos únicos; Nível VII: Evidências provenientes da opinião de autoridades e/ou relatórios de comitês de especialistas.

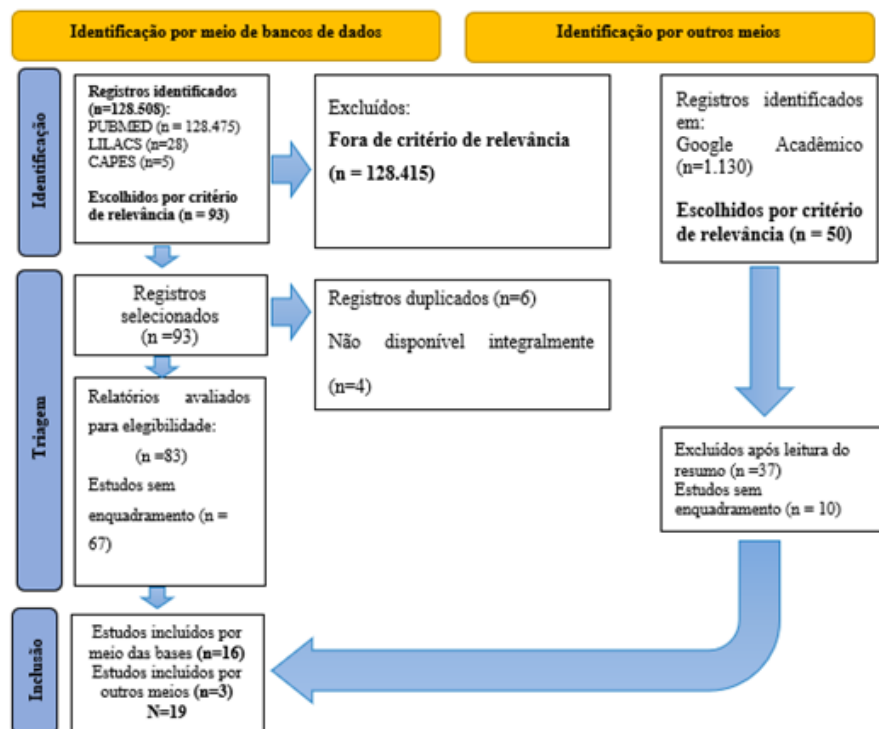
3.6 Aspectos éticos

De antemão, informa-se a natureza pública dos dados analisados, portanto, esta revisão e prospecção foram conduzidas em conformidade com os preceitos éticos estabelecidos pelo Conselho Nacional de Saúde, conforme a Resolução CNS nº 466/2012, que regulamenta pesquisas envolvendo seres humanos no Brasil. Embora trate-se de uma pesquisa bibliográfica, sem participantes, é importante considerar os riscos, especialmente ao abordar temas sensíveis como a vacinação e a disseminação de desinformação. Para evitar exposição de pessoas na prospecção, os nomes foram preservados em anonimato e os comentários foram numerados progressivamente (1, 2, 3, e assim em diante).

4 RESULTADOS

O processo de identificação totalizou 128.508 estudos. No entanto, devido ao grande volume de resultados nas bases PubMed e Google Acadêmico, utilizou-se o critério de relevância, selecionando os 50 estudos mais significativos de cada uma dessas bases para a análise. Com esse critério, após a triagem restaram 19 estudos, 16 das bases de dados e 3 três da busca na base Google Scholar.

Figura 1 – Fluxograma PRISMA adaptado.



A amostra de 19 artigos que foram incluídos encontra-se no Quadro 1.

Quadro 1 – Distribuição dos artigos incluídos.

N	ARTIGO	AUTORES/ ANO/MÉTODO	BASE DE DADOS	NÍVEL DE EVIDÊNCIA
1	Narrativas sobre vacinação em tempos de fake news: uma análise de conteúdo em redes sociais	Massarani <i>et al.</i> , 2021/ Quantitativo	LILACS	VI
2	Hesitação vacinal infantil e COVID-19: uma análise a partir da percepção dos profissionais de saúde	Souto <i>et al.</i> , 2024/ Qualitativo	Pubmed	VI
3	Adesão à vacinação contra a COVID-19 durante a pandemia: influência de fake news	Borges <i>et al.</i> , 2023/ Qualitativo	LILACS	VI
4	Influência das fake news na adesão da vacinação infantil contra COVID-19	Sá et al., 2023/ Quantitativa	CAPES	VI
5	Movimento antivacina e hesitação vacinal na COVID-19: reflexões e percepções para a ciência da informação	Vignoli et al., 2022/ Estudo de revisão	CAPES	Não se aplica (Estudo de revisão)
6	Misinformation and COVID-19 vaccine hesitancy	Zimmerman et al., 2022/ Qualitativo	PubMed	VI
7	Fake news e hesitação vacinal no contexto da pandemia da COVID-19	Galhardi et al., 2022/ Quantitativo	PubMed	VI

	no Brasil			
8	Fake news and fallacies: Exploring vaccine hesitancy in South Africa	Bangalee; Bangalee, 2021/ Debate	PubMed	Não se aplica (Debate)
9	Social media and vaccine hesitancy	Wilson; Wiysonge, 2020/ Quantitativo	PubMed	IV
10	Associations between Social Media Engagement and Vaccine Hesitancy	Al-Uqdah et al., 2022/ Quantitativo	PubMed	VI
11	The Correlation Among COVID-19 Vaccine Acceptance, the Ability to Detect Fake News, and e-Health Literacy	Nazari et al., 2023/ Quantitativo	PubMed	VI
12	Acceptance of a COVID-19 vaccine is associated with ability to detect fake news and health literacy	Montagni et al., 2021/ Quantitativo	PubMed	IV
13	Correcting vaccine misinformation: A failure to replicate familiarity or fear-driven backfire effects	Ecker et al., 2023/ Estudo experimental	PubMed	II
14	Fake news sobre vacinas: uma análise sob o modelo dos 3Cs da Organização Mundial da Saúde	Frugoli et al., 2021/ Qualitativo	PubMed	VI
15	Addressing the Challenges of Vaccine Hesitancy Broadly and Related to COVID-19 Vaccines	Brown, Benson, 2021/ Estudo de revisão	PubMed	Não se aplica (Estudo de revisão)
16	COVID-19, 'fake news' y vacunación: la necesidad de inmunizar a la sociedad de la duda vacunal	Mingarro; Claramunt, 2020/ Estudo de revisão	PubMed	Não se aplica (Estudo de revisão)
17	Impactos da fake news sobre a vacinação do hpv em meninas de 9 a 14 anos	Fernandes; Da Silva, 2023/ Estudo de revisão	Google Acadêmico	Não se aplica (Estudo de revisão)
18	Hesitação vacinal em adultos no enfrentamento da COVID-19: argumentos de quem hesita	Araújo et al., 2023/ Qualitativo	Google Acadêmico	VI
19	Hesitação vacinal e interseccionalidade: reflexões para contribuir com as práticas e políticas públicas sobre vacinação	Matta; Paiva; Rosario, 2024/ Debate	Google Acadêmico	Não se aplica (Debate)

Fonte: Autores, 2024

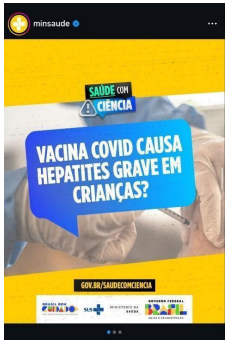
Esta revisão possui um nível de evidência VI, majoritariamente descritivo, que não permite inferências abrangentes. De acordo com os dados do Quadro 1, observa-se que em 2020, foram identificados 2 estudos, seguidos por 3 estudos em 2021, 4 estudos em 2022, 6 estudos em 2023 e 4 estudos em 2024. Essa distribuição evidencia um crescimento constante das publicações ao longo dos anos, especialmente a partir de 2021, possivelmente impulsionado pela pandemia de COVID-19 e pelo aumento da desinformação relacionada às

vacinas nesse período. Ademais, observa-se que foram incluídas 14 pesquisas qualitativas e 5 pesquisas quantitativas. Isso demonstra uma predominância de abordagens qualitativas, refletindo o interesse em explorar percepções, atitudes e contextos relacionados à hesitação vacinal e à influência das *fake news* sobre a vacinação.

No Quadro 2, demonstra-se a análise de dados do Instagram. Houve destaque para diversas doenças causadas por vacinas, e vacinas como veneno produzido pela indústria farmacêutica em supostos experimentos genéticos, segundo a desinformação ligada à hesitação. Há nos comentários um forte apelo da desinformação dissimulada como informação, ainda que na totalidade não falem das fontes para estas afirmações, um dos comentários chama-a de “picadinha do amor”, demonstrando um subtom de crítica ao governo do ano de 2024.

Quadro 2 – Codificação da prospecção.

CATEGORIA: A vacina como “picadinha do amor” para a hesitação vacinal: <i>fake news</i> e conspiracionismo como instrumentos contra a Saúde Pública		
Notícia postada	Hesitação vacinal	Códigos
 Coleta: INSTAGRAM Data da publicação: 26/06/2024 Data da pesquisa: 20/08/2024	<u>Comentário 1:</u> “Vacinas salvam vidas. O que temos para o COVID não é vacina. Então não salva-vidas. Mas as tira. De acordo com as próprias fabricantes.” <u>Comentário 2:</u> “Passo a minha. Tô maluca não pra tomar esse veneno.” <u>Comentário 3:</u> “Informem – se! Não exponham seus bebês a essa vacina que de segura não tem nada.”	(1) Vacinas são venenosas; (2) Vacinas matam; (3) Vacinas são prejudiciais para crianças; (4) Experimento genético com efeitos colaterais; (5) Causador as de câncer, trombose, infarto e Acidente Vascular Encefálico; (6) Vacinas não permitem que o sistema imunológico humano atue; (7) Vacinas relacionadas à aposentadoria
	<u>Comentário 4:</u> “vacina’, ops, experimento genético que não impede de pegar a doença e nem o contágio em outras pessoas. Além de não evitar casos graves e muito menos a morte. Efeito colaterais irreversíveis”. <u>Comentário 5:</u> “Vacinas matam”. <u>Comentário 6:</u> “ As vacinas são tudo	

 Coleta: Instagram Data da publicação: 18/07/2024 Data da pesquisa: 20/07/2024	<i>veneno para tirar a nossa imunidade, as farmácias estão a todo vapor abrindo uma atrás da outra, será que abre tantas farmácias sem ter doentes. Tomem cuidado, estão nos envenenando”.</i>	pelo Instituto Nacional do Seguro Social (INSS); (8) Picadinha do amor.
 Coleta: Instagram Data da publicação: 26/06/2024 Data da pesquisa: 20/08/2024	<u>Comentário 7:</u> “<i>Só causam câncer, AVC, etc”.</i> <u>Comentário 8:</u> “<i>O povo ta é infartando do nada, depois dessas vacinas”.</i> <u>Comentário 9:</u> “<i>Ela só causa mortes mesmo, hepatite acho que não.”</i>	
 Coleta: Instagram Data da publicação: 16/11/2023 Data da pesquisa: 19/07/2024	<u>Comentário 10:</u> “<i>Vaccine -se se você quiser ter efeitos colaterais. Quem sabe se aposenta pelo INSS”.</i> <u>Comentário 11:</u> “<i>Essas vacinas estão trazendo doenças para o povo”.</i> <u>Comentário 12:</u> “<i>Pra que serve nosso sistema imunológico? Se toda vez que surge uma doença, desenvolvem vacina? Nosso sistema imunológico vai perder a finalidade.”</i>	

 Coleta: Instagram Publicado em: 15/11/2023 Data da pesquisa: 19/07/2024	<u>Comentário 13:</u> “Expliquem porque o povo tá morrendo após a picadinha do amor?” <u>Comentário 14:</u> “O que você precisa saber: a vacina causa problemas vasculares como trombose e infarto.” <u>Comentário 15:</u> “Vacina não é confiável, não vou tomar e não recomendo.”	
--	--	--

Fonte: coleta de dados.

Os resultados obtidos na prospecção revelam o impacto significativo que essas informações conspiracionistas têm sobre a percepção pública e a hesitação vacinal, evidenciando como certas narrativas falsas ganham força e são amplamente aceitas com *likes*.

5 DISCUSSÃO

Por intermédio dos comentários analisados, percebeu-se como as *Fake News* possuem potencial para distorcer a realidade e influenciar decisões relacionadas à saúde pública, como apontado por Sá et al.²¹. O impacto dessas notícias falsas ultrapassa a simples desinformação, uma vez que favorece a hesitação vacinal e contribui para a reemergência de doenças já controladas. Comentários como "vacinas matam" ou "não previnem doenças" corroboram os achados de Borges et al.²² sobre como a cobertura negativa da mídia pode amplificar a desinformação. Essa dinâmica expõe um ciclo de retroalimentação perigoso, no qual o engajamento nas plataformas de redes sociais acaba por amplificar as notícias falsas. Os comentários populares, que obtêm maior visibilidade, influenciam negativamente.

A análise realizada por Massarani et al.²³ revelou que, embora a maioria dos conteúdos analisados fosse composta por informações verdadeiras (81,6%) e pró-vacina (87,4%), ainda há uma presença significativa de informações falsas (5,7%) e distorcidas (3,4%), muitas vezes sem indicação de autoria (41,4%), o que favorece a disseminação de desinformação. Nesse sentido, Wilson e Wiysonge²⁴ destacam que a organização de campanhas antivacina nas mídias sociais está fortemente associada a um aumento na hesitação vacinal, aspecto também observado nos dados desta pesquisa. O uso das redes sociais para mobilização de ações e

compartilhamento de conteúdos contribui significativamente para a crença de que as vacinas são inseguras, sendo que essas crenças se intensificam à medida que a organização e o engajamento em plataformas digitais aumentam.

A repetição de mitos sobre vacinas, mesmo quando corrigidos, pode reforçar crenças equivocadas, um fenômeno que Ecker et al.²⁵ chamam de "efeito de familiaridade", no qual a exposição constante à desinformação acaba fortalecendo a crença nos mitos. Essa familiaridade com a desinformação leva as pessoas a confiar nesses mitos ao tomarem decisões, mesmo após receberem correções, um fenômeno conhecido como "efeito de influência contínua".

Tal panorama reflete crenças equivocadas e infundadas, como foi verificado nas afirmações que refletem ceticismo e ironia, sugerindo que os imunizantes causam danos graves à saúde. Narrativas desse tipo exageram a ocorrência e a gravidade dos efeitos colaterais, ignorando que reações adversas sérias são extremamente raras e monitoradas pelos órgãos de vigilância em saúde. A maioria dos efeitos adversos, como dor no local da aplicação ou febre leve, são transitórios e representam uma resposta normal do sistema imunológico. Ademais, ao relacionar a vacinação à “aposentadoria pelo INSS”, há um reforço sobre uma incapacidade permanente induzida pela vacina. Outro aspecto relevante observado na literatura e prospecção refere-se ao forte apelo emocional na crença em teorias da conspiração. A emoção desempenha um papel crucial na aceitação de informações falsas, não se baseando em evidências racionais, mas sim em respostas emocionais.

Os comentários, que questionam desde a validade científica até a integridade dos órgãos de saúde, revelam que a hesitação vacinal atravessa diferentes classes sociais, manifestando-se de formas distintas. Entre as classes mais altas, a resistência pode estar associada a uma falsa sensação de controle, à preferência por tratamentos alternativos ou à desconfiança em relação às farmacêuticas e ao governo. Já nas classes mais baixas, a hesitação está frequentemente relacionada à falta de acesso a informações precisas, ao medo dos efeitos colaterais e a experiências negativas com o sistema de saúde²⁶.

Estima-se que para cada aumento de um ponto na escala de desinformação (em uma escala de cinco pontos), ocorre uma queda de dois pontos percentuais na cobertura vacinal média ano a ano. Esse fenômeno é amplificado pela atividade negativa nas redes sociais, como o aumento de 15% no número de tuítes negativos sobre vacinas em países medianos, o que contribui para reforçar a hesitação vacinal e comprometer os esforços de saúde pública. Desse modo, a prevalência de campanhas de desinformação, organizadas por fontes estrangeiras, tem demonstrado uma relação direta com o declínio na confiança pública e na

adesão à vacinação, resultando em consequências globais para a imunização e a prevenção de doenças evitáveis²⁴.

Esses achados corroboram os resultados de Al-Uqdah et al.²⁷, que mostram como os usuários de mídias sociais que se baseiam em informações não verificadas têm maior probabilidade de resistir à vacinação. A pesquisa realizada pelos referidos autores revelou ainda que jovens de 18 a 34 anos, mulheres, afro-americanos, pessoas sem diploma de bacharelado e aqueles que obtêm informações sobre vacinas pelas redes sociais tendem a hesitar mais. Quanto aos grupos vulneráveis, é válido destacar o impacto das *fake news* sobre grupos específicos, como crianças e adolescentes, no contexto da vacinação contra o HPV, conforme observado por Fernandes e Silva²⁸.

Esse tipo de desinformação afeta especialmente meninas de 9 a 14 anos, faixa etária em que a vacina contra o HPV é recomendada para a prevenção do câncer cervical e de outras doenças relacionadas. Quando os pais decidem não vacinar suas filhas em razão dessas informações equivocadas, não apenas as crianças ficam mais suscetíveis ao desenvolvimento de doenças graves no futuro, mas também ocorre o enfraquecimento da imunidade coletiva, aumentando a vulnerabilidade da comunidade como um todo²⁸.

Por meio do comentário "Informem-se! Não exponham seus bebês a essa vacina que de segura não tem nada", foi possível observar informações equivocadas direcionadas a bebês, ainda que muitas vacinas sequer sejam recomendadas para essa faixa etária. Isso revela uma desinformação específica e mal direcionada, capaz de gerar confusão sobre o público-alvo da imunização e de ampliar o medo infundado. Além disso, esse tipo de mensagem é característico de *fake news*, pois utiliza apelos emocionais e linguagem alarmista para desencorajar a vacinação. O uso de imperativos como "informem-se" sugere que a pessoa acredita possuir conhecimento superior, mesmo que esse "conhecimento" se baseie em fontes não verificadas ou distorcidas.

Souto et al.²⁹ destacam que a hesitação vacinal é fruto de uma combinação de complacência, desconfiança e medo. Esse cenário foi intensificado durante a pandemia de COVID-19. De acordo com os autores, a pandemia trouxe inúmeros desafios, como a resistência à adesão vacinal devido à incerteza sobre uma nova enfermidade e às dúvidas sobre vacinas produzidas em tempo recorde e inicialmente distribuídas em países desenvolvidos. Ademais, fatores políticos e econômicos contribuíram para ampliar a insegurança da população, aprofundando as barreiras à vacinação.

A infodemia – o excesso de informações, muitas vezes incorretas – foi uma característica marcante durante a pandemia, como discutido por Vignoli et al.³⁰. Nesse

contexto, as redes sociais assumiram papel central na rápida disseminação de conteúdos enganosos, com *fake news* e narrativas antivacina, prejudicando a confiança pública nos imunizantes. Os autores reforçam o entendimento de que a pandemia de COVID-19 intensificou movimentos antivacina e a hesitação vacinal, ao mesmo tempo em que ampliou a circulação de desinformação e boatos em ambientes digitais.

A atuação das mídias durante a pandemia da COVID-19, como observado no presente estudo, desempenhou um papel significativo na hesitação vacinal. Noticiários e manchetes passaram a enfatizar, com frequência, casos de extravios, fraudes, vendas ilegais de vacinas e erros na aplicação dos imunizantes, o que contribuiu para uma percepção negativa sobre a imunização. Embora esses episódios fossem pontuais, a ampla repercussão midiática favoreceu a disseminação de sentimentos de insegurança e desconfiança na população²².

De acordo com o Programa Nacional de Imunizações (PNI), erros na administração de vacinas podem resultar em eficácia reduzida ou efeitos adversos, situação que, quando amplificada pela mídia, pode gerar uma percepção desproporcional de risco em relação aos imunizantes. Outrossim, os efeitos econômicos também são relevantes, gerando custos adicionais para os serviços de saúde tanto em termos de atendimento a eventos adversos quanto pela necessidade de reforçar campanhas de vacinação para recuperar a confiança da população²².

O impacto das *fake News* na adesão à vacinação é evidente. Os estudos analisados^{27,29,31-32} indicam que uma população mal-informada, exposta repetidamente a informações incorretas, tende a desenvolver resistência ao cumprimento de medidas de saúde pública, como a vacinação. Esse cenário se reflete nos comentários analisados nesta pesquisa, que variam desde afirmações categóricas de rejeição à vacina, até teorias da conspiração que afirmam que a indústria farmacêutica lucra com a doença em vez de combatê-la.

A falta de conhecimento científico e a vulnerabilidade às *Fake News* podem ser exacerbadas por uma falha nas estratégias de comunicação de instituições de saúde, que, frequentemente, não conseguem conter ou responder rapidamente à disseminação de informações incorretas. Isso reforça a necessidade de campanhas de educação e comunicação mais assertivas, que utilizem as mesmas plataformas onde as *Fake News* se proliferam para desmistificá-las e promover uma melhor compreensão dos benefícios das vacinas³³.

Complementando esses apontamentos, os resultados de estudos mostram uma relação significativa entre a aceitação da vacina contra a COVID-19 e a capacidade de identificar notícias enganosas. Segundo Nazari et al.³¹ e Montagni et al.³⁴, um aumento de uma unidade na pontuação para o reconhecimento de informações falsas levou a uma redução de 24% na

hesitação vacinal e 32% na intenção de não vacinar. Esses resultados evidenciam a importância do desenvolvimento do senso crítico da população diante das informações consumidas nas mídias digitais, especialmente em contextos marcados pela ampla circulação de desinformação.

Além disso, a alfabetização eletrônica em saúde (e-Health literacy) desempenha um papel relevante na aceitação da vacina. O estudo revelou que um aumento de uma unidade na alfabetização em e-Health correspondeu a uma redução de 6% na intenção de não se vacinar e a uma melhora de 0,33% na capacidade de identificar *fake news*. Essa associação sugere que investimentos em educação digital e em habilidades de verificação de informações podem fortalecer a confiança nas vacinas e combater as desinformações relacionadas a elas^{31,34}.

Destarte, é necessário fortalecer a confiança pública nas vacinas por meio de campanhas de conscientização que apresentem dados científicos acessíveis ao público em geral e que sejam transmitidos de forma clara e objetiva. Por outro lado, Zimmerman et al.³⁵ apontam que as abordagens estritamente médicas e científicas são insuficientes para enfrentar a desinformação disseminada por meios religiosos, midiáticos ou políticos. Para mitigar isso, a saúde pública deve estabelecer parcerias com estas pessoas e organizações.

As abordagens estritamente médicas e científicas podem se mostrar insuficientes para enfrentar a desinformação disseminada por meios religiosos, midiáticos ou políticos. Nesse contexto, as autoridades de saúde pública podem se beneficiar da criação de parcerias com pessoas e organizações de confiança e influência, que possuam experiência relevante para combater a desinformação prejudicial que contribui para a hesitação em relação às vacinas.

Nesse sentido, Bangalee e Bangalee³⁶ enfatizam a necessidade de estratégias direcionadas para as realidades culturais e sociais de cada grupo. Como apontam Frugoli et al.³², é essencial repensar essas práticas de modo que considerem as assimetrias e desigualdades da sociedade brasileira. A desinformação reforça essas disparidades, criando obstáculos ao acesso a informações confiáveis e aumentando a hesitação vacinal.

Dessa forma, campanhas de educação e comunicação mais eficazes e assertivas são necessárias, especialmente nas mesmas plataformas onde as *fake news* se proliferam, para desmistificar informações falsas. Essa abordagem é essencial no combate à desinformação, especialmente quando se trata de narrativas profundamente enraizadas, como observado em nossa análise. Mingarro et al.³⁷ sugerem que a educação em saúde deve ser tratada como um dever cívico, e que campanhas de conscientização sobre a importância da vacinação são cruciais para mitigar os danos causados pelas *Fake News*.

As estratégias comunicativas online no Brasil e no mundo precisam envolver os

profissionais de saúde. Brown e Benson³⁸ apontam que médicos e outros da área têm um papel fundamental na disseminação de informações precisas e na construção de confiança com seus pacientes. Eles recomendam o uso de técnicas como escuta ativa e questionamentos humildes para abordar a hesitação de forma eficaz, uma abordagem que poderia ser aplicada no contexto brasileiro, onde a desinformação tem um impacto significativamente negativo.

A criação de materiais educativos, como os flyers, é uma forma eficaz de combater a desinformação. Massarani et al.²³ enfatizam a importância de conteúdos educativos que promovam narrativas pró-vacinação e corrijam desinformações. No entanto, como mostram os estudos de Galhardi et al.³, é fundamental que esses materiais sejam adaptados ao contexto digital, onde a desinformação se espalha rapidamente e onde as informações corretivas também precisam alcançar ampla disseminação.

Os principais resultados indicam a urgência da implementação de intervenções políticas e educacionais para combater a desinformação. Enfatiza-se a necessidade de campanhas de conscientização em redes sociais e canais de comunicação tradicionais para desmistificar boatos sobre a vacinação. Quanto às limitações, destaca-se a restrição do estudo a apenas três bases de dados, o que limitou a abrangência da revisão. Para mitigar essas limitações, foi realizada uma prospecção de notícias falsas em redes sociais, a fim de complementar os dados e contextualizar como o tema vem impactando o cyberspaço. Ainda assim, a inclusão de mais bases e fontes ofereceria um panorama mais abrangente sobre a hesitação vacinal.

6 CONCLUSÃO

Este estudo descritivo evidenciou o impacto negativo da disseminação de notícias falsas sobre a vacinação, especialmente em plataformas digitais, meio este em que aspectos religiosos, midiáticos ou políticos entram em cena para influenciar decisões de saúde comunitária. A desinformação, amplamente propagada nas redes sociais, contribuiu significativamente para o aumento da hesitação vacinal, resultando em uma queda preocupante na adesão a campanhas de imunização. Esse aspecto, impulsionado pela desconfiança em relação à segurança e eficácia das vacinas, coloca em risco a imunidade coletiva.

Os resultados demonstraram que, embora a maioria das informações sobre vacinas divulgadas por fontes oficiais sejam verídicas, as notícias falsas continuam a ter grande repercussão entre a população que, por vezes, distorce as notícias veiculadas ou as associa às

teorias da conspiração em voga. Isso ocorre, em parte, porque conteúdos falsos ou distorcidos são compartilhados, especialmente sem verificação ou sem reflexão pelos difusores. A promoção da alfabetização em saúde precisa ocorrer em escolas, centros de saúde, plataformas digitais, comunidades e mídia tradicional.

A pesquisa conclui que combater a desinformação sobre vacinas exige uma abordagem intersetorial, contínua e integrada, para que a sociedade possa avançar em direção a uma cobertura vacinal robusta e eficiente. Destaca-se que compreender a importância da vacinação e os impactos das notícias falsas é fundamental para garantir o sucesso dos programas de imunização, bem como compreender o engajamento e o algoritmo das redes sociais. Ao enfrentar a desinformação de maneira proativa e colaborativa, podemos proteger comunidades inteiras contra doenças evitáveis. É fundamental que todos os setores da sociedade se unam para promover a ciência, a transparência e a confiança na vacinação. Com isso, aponta-se a necessidade de campanhas educativas que utilizem plataformas digitais e meios de comunicação tradicionais, sobretudo, no que tange aos sistemas simples de checagem de informação para o público leigo.

6.1 Conflitos de interesse

Sem conflitos para declarar.

6.2 Financiamento

Pesquisa desenvolvida sem financiamento do órgãos públicos.

6.3 Contribuição dos autores

Camila Marsola Sandim Matheus, Laudenira Coimbra Rocha Barros, Antonio Jorge Silva Correa Júnior, Adriana de Sá Pinheiro dos Santos e Niceane dos Santos Figueiredo Teixeira atuaram na concepção, delineamento e execução do trabalho, na análise/interpretação dos dados. Camila Marsola Sandim Matheus, Laudenira Coimbra Rocha Barros, Antonio Jorge Silva Correa Júnior atuaram na redação e aprovação final do manuscrito.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (Brasil). Vacinação. 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/vacinacao>. Acesso em: 30 de mai. 2026.
2. Instituto Butantan. Como Funciona a Vacina? Guia de atividades para as famílias. São Paulo: 2021. 19f.

- Disponível em:
<https://repositorio-api.butantan.gov.br/server/api/core/bitstreams/4109c206-5fb5-4436-84b0-d3e30d19d4ac/content>. Acesso em: 30 de mai. 2026.
3. Galhardi CP, Freire NP, Fagundes MCM, Minayo MC de S, Cunha ICKO. Fake news e hesitação vacinal no contexto da pandemia da COVID-19 no Brasil. *Ciênc saúde coletiva*. 2022;27(5):1849–58. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232022275.24092021>.
 4. Fernandes CM, Montuori C. A rede de desinformação e a saúde em risco: uma análise das fake news contidas em ‘As 10 razões pelas quais você não deve vacinar seu filho’. *RECIIS (Online)*. 2020;14(2). DOI: <https://doi.org/10.29397/reciis.v14i2.1975>
 5. Silva AL, Oliveira Machado LA, Kuhn FT. Vacinas: da criação revolucionária ao polêmico movimento de rejeição. *Rev. Saúde Col. UEFS*. 2021;11(2):e5724. DOI: <https://doi.org/10.13102/rscdauefs.v11i2.5724>.
 6. Needell JD. The Revolta contra Vacina of 1904: the revolt against “modernization” in Belle-Époque Rio de Janeiro. *Hispanic American Historical Review*. 1987; 67(2):233-69. DOI: <https://doi.org/10.1215/00182168-67.2.233>.
 7. Conselho Nacional De Saúde (CNS). CNS repudia falas mentirosas do presidente em que vacina contra Covid-19 desenvolveria HIV/Aids. CNS, 17 nov. 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/assuntos/noticias/2021/novembro/cns-repudia-fala-s-mentirosas-do-presidente-em-que-vacina-contr-covid-19-desenvolveria-hiv-aids>. Acesso em: 30 mai. 2026.
 8. El País. Trump sugere tratar coronavírus com “injeção de desinfetante” ou com luz solar. *El País*, 24 abr. 2020. Disponível em: <https://brasil.elpais.com/internacional/2020-04-24/trump-sugere-tratar-o-coronavirus-com-uma-injecao-de-desinfetante-ou-com-luz-solar.html>. Acesso em: 30 mai. 2026.
 9. Lopes D. Um copo de vodka, sauna e trabalhar com trator no campo. Alexander Lukashenko, o último negacionista da Covid-19. 31 mar. 2020. *Observador*. Disponível em: <https://observador.pt/2020/03/31/um-copo-de-vodka-sauna-e-trabalhar-com-trator-no-campo-alexander-lukashenko-o-ultimo-negacionista-da-covid-19/>. Acesso em: 30 mai. 2026.
 10. Serra AM. Fake News: Uma discussão sobre o fenômeno e suas consequências [TCC de Graduação em Ciência da Computação do Campus do Bacanga]. São Luís: Universidade Federal do Maranhão, 2018. Disponível em: <https://monografias.ufma.br/jspui/handle/123456789/3466>. Acesso em: 30 mai. 2026.
 11. Carneiro FL. Fake news propagadas por meio digital no Brasil: desafios para a governança e a gestão pública contemporânea [Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Administração Pública]. Belo Horizonte: Fundação João Pinheiro, Escola de Governo Professor Paulo Neves de Carvalho, 2018. Disponível em: <https://repositorio.fjp.mg.gov.br/server/api/core/bitstreams/e3820dce-4722-492d-85cb-efaff4a3eda1/content>. Acesso em: 30 mai. 2026.
 12. Brotas AMP, Costa MCR, Ortiz J, Santos CC, Massarani L. Discurso antivacina no YouTube: a mediação de influenciadores. *Reciis*. 2021;15(1):72-91. DOI: <https://doi.org/10.29397/reciis.v15i1.2281>.
 13. Neves BC, Borges J. Por que as fake news têm espaço nas mídias sociais?: uma discussão à luz do comportamento infocomunicacional e do marketing digital. *Informação & Sociedade*. 2020;30(2): 1-22. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10183/211796>. Acesso em: 29 mai. 2026.
 14. Biolcati FHO. Internet, fake news e responsabilidade civil [Tese de Doutorado]. São Paulo: Faculdade de Direito, Universidade de São Paulo, 2021. DOI: <https://doi.org/10.11606/T.2.2021.tde-17082022-112907>.
 15. Lurie N, Saville M, Hatchett R, Halton J. Developing COVID-19 vaccines at pandemic speed. *N Engl J*

- Med. 2020; 382:1969-73. DOI: <https://doi.org/10.1056/NEJMp2005630>.
16. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto Contexto Enferm*. 2008;17(4):758-64. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-07072008000400018>.
 17. Ferreira S. A análise de conteúdo: um método para a análise de dados em pesquisas qualitativas. *Rev. Pesq. Qual*. 2023;11(26):202-24. DOI: <https://doi.org/10.33361/RPQ.2023.v.11.n.26.502>.
 18. Melnyk BM, Fineout-Overholt E. Evidence-based practice in nursing & healthcare: a guide to best practice. 2015. 625 p.
 19. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD et al. A declaração PRISMA 2020: diretriz atualizada para relatar revisões sistemáticas. *Revista panamericana de salud publica*. 2023; 46:e112. DOI: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2022.112>.
 20. Stern C, Lizarondo L, Carrier J, Godfrey C, Rieger K, Salmond S et al. Methodological guidance for the conduct of mixed methods systematic reviews. *JBISIRIR-D-19-00169*. DOI: <https://doi.org/10.11124/JBISIRIR-D-19-00169>.
 21. Sá EPP, Leão LMACA, Araújo AS de S, Borges M de S. Influência das fake news na adesão da vacinação infantil contra Covid-19. *Braz. J. Hea. Rev*. 2023 May 25;6(3):10709-23. DOI: <https://doi.org/10.34119/bjhrv6n3-181>.
 22. Borges LCR, Marcon SS, Brito GS, Terabe M, Pleutim NI, Mendes AH, et al. Adherence to Covid-19 vaccination during the pandemic: the influence of fake news. *Rev Bras Enferm [Internet]*. 2024;77(1):e20230284. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2023-0284>.
 23. Massarani L, Waltz I, Leal T, Modesto M. Narrativas sobre vacinação em tempos de fake news: uma análise de conteúdo em redes sociais. *Saúde Soc*. 2021;30:e200317. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902021200317>.
 24. Wilson SL, Wiysonge C. Social media and vaccine hesitancy. *BMJ Glob Health*. 2020 Oct;5(10):e004206. Disponível em: <https://gh.bmj.com/content/bmjgh/5/10/e004206.full.pdf>. Acesso em: 20 mai. 2026.
 25. Ecker UKH, Sharkey CXM, Swire-Thompson B. Correcting vaccine misinformation: A failure to replicate familiarity or fear-driven backfire effects. *Plos one*. 2023; 18(4):e0281140. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0281140>.
 26. Matta G, Paiva E, Rosário C. Hesitação vacinal e interseccionalidade: reflexões para contribuir com as práticas e políticas públicas sobre vacinação. *Interface (Botucatu)*. 2024; 28:e240226. DOI: <https://doi.org/10.1590/interface.240226>.
 27. Al-Uqdah L, Franklin FA, Chiu CC, Boyd BN. Associations Between Social Media Engagement and Vaccine Hesitancy. *J Community Health*. 2022 Aug;47(4):577-587. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10900-022-01081-9>.
 28. Fernandes L, Silva IP. Impactos da fake news sobre a vacinação do HPV em meninas de 9 a 14 anos. *Revista Multidisciplinar em Saúde*. 2023; 4(4):29-34. DOI: <https://doi.org/10.51161/integrar/rem/3868>.
 29. Souto EP, Fernandez MV, Rosário CA, Petra PC, Matta GC. Hesitação vacinal infantil e COVID-19: uma análise a partir da percepção dos profissionais de saúde. *Cad Saude Publica*. 2024; 40:e00061523. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311XPT061523>.
 30. Vignoli RG, Silva RC da, Maran MFI de A, Vitoriano MCCP. Movimento antivacina e hesitação vacinal na covid-19: reflexões e percepções para a ciência da informação. *Inf.Inf. [Internet]*. 22º de maio de 2022 [citado 29º de maio de 2026];27(1):457-84. DOI: <https://doi.org/10.5433/1981-8920.2022v27n1p457>.

31. Nazari A, Hoseinnia M, Pirzadeh A, Salahshouri A. The Correlation Among COVID-19 Vaccine Acceptance, the Ability to Detect Fake News, and e-Health Literacy. *Health Lit Res Pract.* 2023;7(3):e130-e138. DOI: <https://doi.org/10.3928/24748307-20230621-01>.
32. Frugoli AG, Prado R de S, Silva TMR da, Matozinhos FP, Trapé CA, Lachtim SAF. Fake news sobre vacinas: uma análise sob o modelo dos 3Cs da Organização Mundial da Saúde. *Rev esc enferm USP.* 2021;55:e03736. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2020028303736>.
33. Araújo JIF de, Doval RT do P, Lira MLA de, Oliveira VR de, Amorim KPK. Hesitação vacinal em adultos no enfrentamento da covid-19: argumentos de quem hesita. *Boletim de Conjuntura (BOCA).* 2023;16(47):682-699. DOI: <https://doi.org/10.5281/zenodo.10251868>.
34. Montagni I, Ouazzani-Touhami K, Mebarki A, Texier N, Schück S, Tzourio C; CONFINS group. Acceptance of a Covid-19 vaccine is associated with ability to detect fake news and health literacy. *J Public Health (Oxf).* 2021;43(4):695-702. DOI: <https://doi.org/10.1093/pubmed/fdab028>.
35. Zimmerman T, Shiroma K, Fleischmann KR, Xie B, Jia C, Verma N, Lee MK. Misinformation and COVID-19 vaccine hesitancy. *Vaccine.* 2023 Jan 4;41(1):136-144. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2022.11.014>.
36. Bangalee A, Bangalee V. Fake news and fallacies: Exploring vaccine hesitancy in South Africa. *S. Afr. fam. pract.* 2021; 63(1):5345. DOI: <https://doi.org/10.4102/safp.v63i1.5345>.
37. Mingarro FAI, Claramunt JC. Covid-19, “Fake News” e vacinação:a necessidade de imunizar a sociedade da dúvida vacinal. *Cadernos de Bioética.* 2021;32(104):63-73. DOI: <https://doi.org/10.30444/CB.88>.
38. Brown MT, Benson CA. Addressing the challenges of vaccine hesitancy broadly and related to COVID-19 vaccines. *Top Antivir Med.* 2021; 29(5):430. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8862750/pdf/tam-29-430.pdf>. Acesso em: 29 mai. 2026.

Estratégias para ampliar a adesão ao tratamento da asma: uma revisão da literatura

Strategies to enhance adherence to asthma treatment: a literature review

Estrategias para mejorar la adherencia al tratamiento del asma: una revisión de la literatura

Lais Moraes Sant'Anna¹

Fabiola Stolf Brzozowski²

Emilia B. Faraco³

Marina R. M. Rover⁴

¹ Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) | lais.moraes.santanna@gmail.com

² Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) | fabiola.stolf@gmail.com

³ Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) | emiliabaierle@gmail.com

⁴ Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) | marina.rover@ufsc.br

Resumo

A asma é uma doença com alta prevalência mundial, alta morbidade e baixo nível de controle, associado à baixa adesão. Além do alto impacto social, o custo da asma não controlada é muito elevado, mas esse custo pode ser significativamente reduzido com o controle adequado da doença. Como a adesão, em tratamentos crônicos e que envolvam técnicas especiais para a administração, é um desafio, muitas vezes se faz necessário recorrer a estratégias que facilitem o alcance dos objetivos. Assim, este trabalho analisou as estratégias mais utilizadas, em diferentes países, para melhorar a adesão de pacientes em tratamento da asma. Para tal, realizou-se uma revisão narrativa. As bases de dados utilizadas foram PubMed, LILACS e Cochrane. Após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão foram incluídos 32 artigos. Nestes foram identificadas oito estratégias, e as mais citadas foram: aplicativos, mensagens/lembretes eletrônicos e intervenções farmacêuticas. Todas apresentaram resultados positivos na população estudada, apesar dos custos e problemas com o uso de algumas destas estratégias. Acredita-se que estes dados podem auxiliar na escolha das estratégias mais adequadas para cada realidade, e que possam, assim, contribuir para a redução das complicações da asma e melhora no tratamento e na qualidade de vida destes pacientes.

Palavras-chaves: Asma, Cooperação e Adesão ao Tratamento, Revisão.

Abstract

Asthma is a disease with a high worldwide prevalence, high morbidity and low level of control, associated with low adherence. In addition to the high social impact, the cost of uncontrolled asthma is very high, but this cost can be significantly reduced with adequate control of the disease. As adherence, in chronic treatments that involve special techniques for administration, is a challenge, it is often necessary to resort to strategies that facilitate the achievement of objectives. Thus, this study analyzed the most used strategies, in different countries, to improve patient adherence to asthma treatment. For this, a narrative review was carried out. The databases used were PubMed, LILACS and Cochrane. After applying the inclusion and exclusion criteria, 32 articles were identified. In these, 9 strategies were identified, and the most cited were: Applications, Electronic Messages/Reminders and Pharmaceutical Interventions. All showed positive results in the studied population, despite the costs and problems with the use of some of these strategies. It is believed that these data can help in choosing the most appropriate strategies for each reality, and that they can, therefore, contribute to the reduction of asthma complications and improve the treatment and quality of life of these patients.

Keywords: Asthma, Treatment Adherence and Compliance, Review.

Resumen

El asma es una enfermedad con una alta prevalencia mundial, una morbilidad elevada y un bajo nivel de control, asociado con una baja adherencia. Además del alto impacto social, el costo del asma no controlada es muy elevado, pero este costo puede reducirse significativamente con un adecuado control de la enfermedad. Dado que la adherencia en tratamientos crónicos y que implican técnicas especiales para la administración es un desafío, a menudo es necesario recurrir a estrategias que faciliten el logro de los objetivos. Por lo tanto, este trabajo analizó las estrategias más utilizadas, en diferentes países, para mejorar la adherencia de los pacientes en el tratamiento del asma. Para ello, se realizó una revisión narrativa. Las bases de datos utilizadas fueron PubMed, LILACS y Cochrane. Después de aplicar los criterios de inclusión y exclusión, se incluyeron 32 artículos. Se identificaron ocho estrategias en estos, y las más citadas fueron: aplicaciones, mensajes/recordatorios electrónicos e intervenciones farmacéuticas. Todas presentaron resultados positivos en la población estudiada, a pesar de los costos y problemas con el uso de algunas de estas estrategias. Se cree que estos datos pueden ayudar en la elección de las estrategias más adecuadas para cada realidad, y que así puedan contribuir a la reducción de las complicaciones del asma y mejorar el tratamiento y la calidad de vida de estos pacientes.

Palabras clave: Asma, Cumplimiento y Adherencia al Tratamiento, Revisión.

1 Introdução

A asma é uma doença crônica com alta prevalência e morbimortalidade. Dados de 2018 apontaram que cerca de 340 milhões de pessoas de todas as idades, no mundo, tinham diagnóstico de asma¹. No Brasil, segundo o último levantamento do DATASUS, 20 milhões de brasileiros viviam com a doença. Outro estudo apontou que os pacientes com asma grave (5-10% dos casos) possuíam maior morbimortalidade relativa e, assim, eram os responsáveis por alto consumo dos recursos em saúde, o qual poderia ser evitado. Os impactos sociais e econômicos, e custos diretos e indiretos elevados da asma, estão associados ao atendimento das crises, internações e ainda perdas de dias de escola e trabalho^{2,3}.

Um estudo realizado por Costa e colaboradores⁴, apresentou o custo relacionado à asma de R\$1.984,17/paciente-ano (DP = 2.232,55), e que os pacientes obesos, graves ou não controlados, tiveram os maiores custos. Nos casos de asma grave, entre usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), estima-se que mais de um quarto da renda familiar é comprometida. Portanto, o controle da doença é fundamental para qualidade de vida dos pacientes e para otimização de recursos.

Alguns fatores podem influenciar no mau controle da doença, como os problemas de adesão, a exposição domiciliar ou ocupacional à poeira ou fumaça, o tabagismo e outras comorbidades³. O tratamento tem a finalidade de promover uma melhor qualidade de vida, controlando a doença e prevenindo riscos futuros como exacerbações, perda acelerada da função pulmonar e eventos adversos aos medicamentos. Os medicamentos para o tratamento da asma podem ser divididos em medicamentos controladores e medicamentos de alívio ou

resgate. A base do tratamento não farmacológico é a educação do paciente sobre a doença e sobre os fatores desencadeantes^{2,3}.

É importante que o paciente entenda a importância do tratamento medicamentoso e que este deve ser realizado de forma contínua, mesmo na ausência de sintomas e crises. A via inalatória é sempre a preferida para o tratamento por utilizar uma dose menor de medicamento, com maior efeito local e menos eventos adversos^{5,6}.

Apesar de o uso adequado dos dispositivos inalatórios ser um dos fatores que influenciam o controle dos sintomas da asma, alto percentual de pacientes apresentam dificuldades em sua utilização^{7,8}. Além dos problemas de efetividade, o inadequado uso dos dispositivos pode levar ao aparecimento de eventos adversos⁹. Desta forma, a orientação e revisão periódica sobre o uso dos diferentes dispositivos inalatórios é essencial para a adesão e boa resposta ao tratamento^{10,11}.

Entretanto, a não adesão pode ser explicada por diversos fatores, muitos dos quais involuntários, como as dificuldades na utilização dos dispositivos, a falta de acesso ao tratamento, a interpretação errada das instruções da equipe de saúde ou esquecimento dos horários³. A ausência de sinais ou sintomas, a polifarmácia, a não compreensão da importância do tratamento, a falta de conhecimento sobre os medicamentos e a baixa autonomia na gestão do tratamento são outros fatores descritos na literatura^{7,12}.

Especificamente em relação à pacientes com asma, a adesão é baixa, e este é um dos principais fatores que influenciam na resposta ao tratamento, no controle e no prognóstico^{8,9,13}. E apesar da reconhecida importância da adesão, ainda há dificuldades em implantar estratégias para ampliá-la^{3,14,15}. Desta forma, conhecer diferentes estratégias é essencial, para a escolha daquela que seja aplicável à rotina do paciente e que impacte positivamente na adesão.

2 Metodologia

Foi realizada uma revisão narrativa da literatura. Iniciou-se (etapa 1), com a busca nas bases de dados PubMed, Cochrane e LILACS das estratégias para adesão ao tratamento da asma. Os descritores utilizados foram divididos em Blocos (Quadro 1).

Quadro 1. Descritores utilizados para as buscas nas bases de dados.

Blocos	Descritores
1	("Asthma")

2	("Treatment Adherence and Compliance" OR "Therapeutic Adherence" OR "Treatment Adherence" OR "Adherence strategies" OR "Adherence strategy" OR "Treatment Strategies" OR "Treatment Strategy" OR "Improve Strategies" OR "Improve Strategy" OR "Patient Adherence" OR "Medication Adherence" OR "Medication Nonadherence" OR "Medication Non-Adherence" OR "Medication Non Adherence" OR "Medication Persistence" OR "Medication Compliance" OR "Medication Non-Compliance" OR "Medication Non Compliance")
3	("Intervention" OR "Interventions" OR "eHealth Strategies" OR "Digital Health Strategies" OR "Digital Health Strategy" OR "eHealth Strategies and Policies" OR "eHealth Strategy" OR "Programs and Initiatives focused on eHealth" OR "Strategy and Plan of Action on eHealth" OR "Strategy on eHealth" OR "Health Strategies" OR "Health Strategy")

Foram adicionados os filtros de tempo e idioma. Os artigos encontrados foram exportados para o programa Rayyan para a organização, exclusão de duplicatas e seleção dos artigos. Na sequência iniciou-se a leitura dos títulos e resumos para identificar quais preenchiam os critérios pré-definidos: estudos publicados entre 2013 e 2022; em português, espanhol e inglês; e sobre métodos para ampliar a adesão ao tratamento da asma. Os critérios de exclusão adotados foram: estudos que abordassem outros tratamentos, sobre métodos para avaliação da adesão ou que apenas descreviam as estratégias.

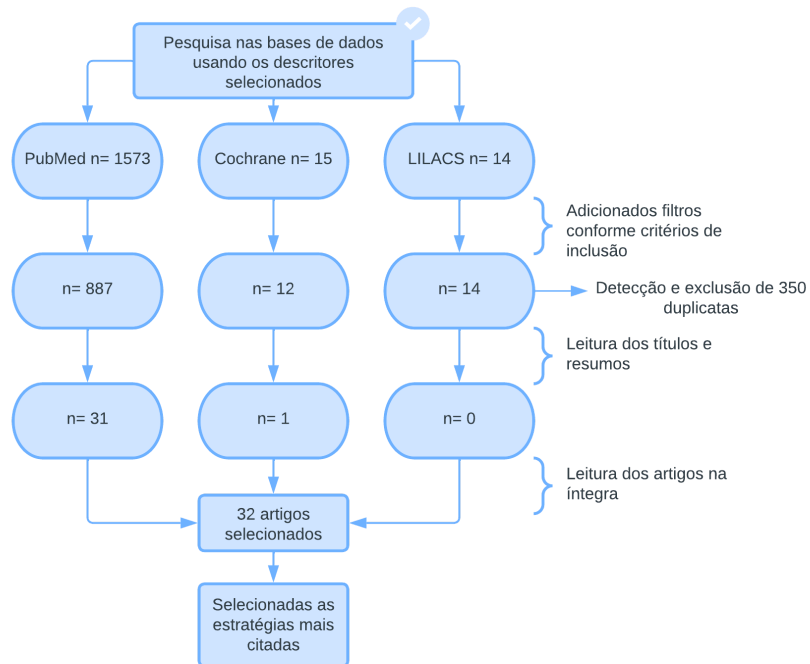
Na etapa 2, os artigos selecionados foram lidos para a identificação das estratégias. Na sequência, as três estratégias mais citadas foram escolhidas para análise detalhada e comparação. Selecionaram-se três artigos para cada estratégia, priorizando os que traziam o maior número de informações para análise (prós, contras e resultados da aplicação).

As características dos estudos e das estratégias foram apresentadas na forma de quadros, de acordo com os seguintes critérios: ano, país, tipo de estudo, nome da estratégia, número de pacientes envolvidos, prós e contras, resultado (percentual de melhora) e a conclusão do estudo.

3 Resultados

De acordo com os critérios de inclusão e exclusão estabelecidos e a estratégia de busca empregada, obtiveram-se, ao final, 32 artigos. Os números dos artigos obtidos em cada base de dados e as exclusões estão apresentados no fluxograma a seguir (Figura 1).

Figura 1 - Fluxograma da seleção dos artigos da revisão da literatura.



Fonte: elaborado pelos autores

Nos 32 artigos selecionados, foram identificadas 8 estratégias para melhorar a adesão ao tratamento da asma. A classificação da estratégia considerou o proposto pelos autores de cada uma das publicações, sendo elas:

- Programas Educacionais (4 artigos);
- Aplicativos (9 artigos);
- Mensagens/Lembretes Eletrônicos (dispositivos de mensagens) (6 artigos);
- Intervenções Farmacêuticas (5 artigos);
- Sensores eletrônicos (3 artigos);
- Infográficos e Vídeos (2 artigos);
- Sistema Automatizado de Comunicação Telefônica (ATCs) (1 artigo);
- Treino Individual da técnica inalatória (2 artigos);

As mais citadas foram: aplicativos, mensagens/lembretes eletrônicos e intervenções farmacêuticas. Os artigos selecionados para cada estratégia são apresentados nos Quadros 2, 3 e 4, assim como as características dos estudos e das estratégias.

Quadro 2. Resumo das características apresentadas nos artigos para a estratégia “aplicativos”.

Estudo/ País	Estratégia	Tipo de estudo	Nº de pacientes	Prós	Contras	% de melhora	Conclusão
KOSSE <i>et al.</i> , 2019/ Holanda	ADAPT	Estudo randomizado controlado	87 adolescentes	- Pode ser utilizado na prática diária da farmácia - Não demanda tempo no uso.	- Problemas técnicos. - Adesão autorrelatada.	(MARS $\geq$ 23) 34.5%	Tanto os pacientes como os farmacêuticos beneficiados do uso da estratégia.
REAL <i>et al.</i> , 2019/ Estados Unidos	CHANGE	Estudo piloto randomizado e com controle	40 crianças	*	- Não é possível identificar quem usou (criança ou responsável).	*	O uso de tecnologias móveis para otimizar o manejo da asma em pacientes pediátricos é promissor.
AL-NAWAYSE H <i>et al.</i> , 2021/ Jordânia	Asthma mHealth App	Estudo intervencional	171	- Facilidade de uso. - Pode ser utilizado sem que o celular esteja conectado à internet.	- Uso apenas em dispositivos com o sistema operacional Android.	*	Vários recursos do aplicativo melhoraram a adesão dos pacientes aos medicamentos e o controle geral da asma.

Legenda: * dados não encontrados; ADAPT - Adolescent Adherence Patient Tool; CHANGE - Clinic, Home, And on the Go Education for Asthma; MARS - Medication Adherence Report Scale.

Quadro 3. Resumo das características apresentadas nos artigos para a estratégia Mensagens/Lembretes Eletrônicos.

Estudo/ País	Estratégia	Tipo de estudo	Nº de pacientes	Prós	Contras	% de melhora	Conclusão
JOHNSON <i>et al.</i> , 2015/ Estados Unidos	MyMediHealth – MMH	ECR	98 adolescentes	- Atende a população de baixa renda	- Dificuldade no uso.	*	Tem potencial para melhorar o manejo da asma em adolescentes, embora mais pesquisas sejam necessárias.
FOSTER <i>et al.</i> , 2014/ Austrália	Dispositivo acoplado no inalador.	Cluster randomizado e controlado	143	- Simples - Eficaz	- Falha do dispositivo. - Perda do dispositivo.	60% +/- 38%	Sugere que os lembretes oferecem uma forma simples, viável e altamente eficaz para melhorar a adesão de

							pacientes com asma.
CHAN <i>et al.</i> , 2015/ Nova Zelândia	Dispositivo acoplado no inalador.	ECR	220 crianças e adolescentes	*	- Perda do dispositivo.	84%	O uso do dispositivo trouxe melhorias significativas na adesão ao corticoide inalatório em crianças em idade escolar.

Legenda: * dados não encontrados; ECR – Ensaio Clínico Randomizado.

Quadro 4 - Resumo das características apresentadas nos artigos incluídos para a estratégia Intervenções Farmacêuticas.

Estudo/ País	Estratégia	Tipo de estudo	Nº de pacientes	Prós	Contras	% de melhora	Conclusão
KHDOUR <i>et al.</i> , 2019/ Israel	Aconselhamento em ambulatório de um hospital	ECR	217	*	*	62,7%	Um sistema de cuidado farmacêutico bem estruturado no hospital possibilita melhorias no conhecimento do paciente, adesão aos medicamentos, técnicas de inalação e controle da asma.
KOVAČEVIĆ <i>et al.</i> , 2018/ Sérvia	Aconselhamento em farmácias comunitárias	Intervencional prospectivo	128 crianças/adolescentes e adultos	*	- Farmácias movimentadas podem limitar a entrega e efetividade da estratégia.	49%	A orientação dada pelos farmacêuticos melhorou significativamente o conhecimento dos pacientes sobre asma, os medicamentos, bem como a adesão.
PAOLETTI <i>et al.</i> , 2020/ Itália	Intervenção educacional	Estudo comparativo prospectivo	242	*	*	*	Intervenções educacionais abordando técnicas e questões psicológicas podem ajudar a melhorar a adesão ao tratamento e o controle da asma.

Fonte: Legenda: * dados não encontrados; ECR – Ensaio Clínico Randomizado.

3.1 Aplicativos

Segundo os autores, os aplicativos foram classificados como Mobile Health (mHealth) (Quadro 2). O primeiro artigo abordou o uso de um aplicativo de monitorização chamado

ADAPT (ADolescent Adherence Patient Tool), conectado a um sistema de gerenciamento na farmácia. O ADAPT era interativo e continha componentes motivacionais, educacionais e comportamentais para apoiar o autogerenciamento e a adesão. Os pacientes deveriam preencher um questionário sobre sintomas pelo menos uma vez por semana. Os farmacêuticos recebiam notificações e, quando necessário, poderiam auxiliar o paciente usando o bate-papo disponível no aplicativo. A adesão foi avaliada pela escala Medication Adherence Report Scale (MARS), cuja pontuação máxima é de 25 pontos e quanto maior melhor é a adesão^{16,17}.

O segundo artigo trata do uso do aplicativo - *CHANGE* asthma app – (“Clinic, Home, And on the Go Education for Asthma”), para crianças. O aplicativo era baixado no *smartphone* do cuidador e possui ferramentas como vídeos didáticos, plano de cuidado e jogos para reforço didático. Para avaliar o controle da asma foi utilizado o Childhood - Asthma Control Test (C-ACT), validado para crianças de 4 a 11 anos (escore menor que 20 indica mau controle)¹⁸.

O terceiro apresentou um aplicativo disponível para smartphones com o sistema Android. Na página inicial os pacientes tinham acesso aos itens, “informações sobre asma” e “medicamento”. As informações sobre asma permitiam o acesso a páginas com informações simples sobre a doença, sintomas, gatilhos, gravidade e prevenção. No menu “medicamentos” havia pequenos vídeos de demonstração sobre o uso correto de diferentes dispositivos inalatórios. Porém, o aplicativo não fornecia lembretes ou alertas sobre o uso dos medicamentos¹⁹. O controle foi avaliado pelo ACT composto por 5 questões: quatro relacionadas a sintomas e uma sobre o nível de controle auto-avaliado pelo paciente. Reflete o estado dos pacientes durante as últimas 4 semanas, com escores mais altos indicando melhor controle (máximo 25 pontos)^{20,21,22}.

3.2 Mensagens/Lembretes eletrônicos

Os 3 estudos selecionados são apresentados no Quadro 3. O primeiro avaliou o impacto do MyMediHealth (MMH) – um site e um serviço de mensagens curtas (SMS) –, sistema de lembrete baseado na adesão e efetividade autopercebida em adolescentes. Para utilizá-lo, os pacientes deveriam realizar um cadastro no site, e adicionar seu número de telefone para receber as mensagens de texto. Entre as ferramentas disponíveis no site citam-se: como criar e imprimir um cronograma com as posologias e horários para cada medicamento, solicitar um lembrete de mensagem de texto para cada dose e visualizar o seu desempenho na adesão. O

site ainda possui a opção “férias”, que usava informações das posologias para determinar se a quantidade de medicamento era suficiente para o período²³. O controle da asma foi avaliado segundo o questionário ACT e o *The Illness Management Survey* foi usado para medir as barreiras de adesão (questionário de cinco itens em uma escala de 1 a 5, com 5 sendo o mais prejudicial)²⁴.

O segundo tratou de um dispositivo de lembretes acoplado ao inalador, com uma tela de visualização. As datas e horas de utilização do dispositivo eram registradas e enviadas mensalmente para um site. A intervenção foi feita com o auxílio de um clínico geral. Mensalmente os pacientes responderam 3 perguntas sobre o controle da asma para a avaliação²⁵.

O último artigo também apresentou um dispositivo acoplado ao inalador, que gravava a data, a hora e o número de acionamentos. Possuía 14 tipos diferentes de toques para serem utilizados nos lembretes, que tocavam 2 vezes ao dia, parando somente quando o paciente utilizava a dose, ou após 15 minutos. A adesão foi definida como a proporção de doses de prevenção utilizadas pelo paciente em relação ao número de doses prescritas. Foram realizados encontros de 2 em 2 meses para a coleta de dados dos dispositivos²⁶.

3.3 Intervenções farmacêuticas

O primeiro estudo apresentou a implantação e a avaliação de um serviço de aconselhamento fornecido por farmacêuticos no ambulatório de um hospital. Foram avaliados os benefícios dessa estratégia no controle da asma, adesão e na técnica inalatória. Os pacientes do grupo de intervenção foram atendidos pelo farmacêutico clínico três vezes durante os 12 meses. Estes foram instruídos individualmente com relação a: doença, gerenciamento da terapia, dispositivo, técnica de inalação, eventos adversos e uso dos medicamentos de resgate e manutenção. A adesão foi avaliada pelo autorrelato segundo a Escala de Adesão aos Medicamentos de Morisky Green Levine (MGLS)²⁷. Para avaliar o controle da asma foi utilizado o ACT.

O segundo artigo aborda uma intervenção a nível ambulatorial (farmácias comunitárias). O estudo avaliou o impacto do aconselhamento dado por farmacêuticos sobre os conhecimentos e as crenças dos pacientes sobre a doença e medicamentos, o nível de adesão e o controle da asma. Os farmacêuticos passaram por um treinamento, para que pudessem orientar os pacientes sobre a doença, a terapia medicamentosa, a técnica inalatória e

o plano de ação. Foram realizados dois encontros entre os farmacêuticos e os pacientes, nos quais foram aplicados 4 questionários: *Brief Medication Questionnaire* (BMQ, geral e específico); *Knowledge of asthma and asthma medicine* (KAM); ACT e 8- item *Morisky medication adherence scale questionnaire* (MMAS-8)²⁸.

Já o terceiro artigo avaliou a efetividade de um programa educacional conduzido por farmacêuticos clínicos, sobre adesão ao tratamento inalatório (desfecho primário: *Test of Adherence to Inhalers* – TAI), controle da asma e função pulmonar (desfechos secundários: ACT, volume expiratório forçado no primeiro segundo (FEV1)% do previsto e pico de fluxo expiratório (PFE)). Os farmacêuticos receberam um treinamento sobre o manejo da asma, para rastrear problemas de adesão e entregar intervenções educativas individualizadas. O questionário TAI de 12 itens foi utilizado para avaliar a adesão à terapia inalatória (10 itens respondidos pelos pacientes e 2 pelo profissional de saúde)²⁹. O controle da asma e a função pulmonar foram avaliados no início e após 2 meses³⁰. Os dados dos 3 artigos são apresentados no Quadro 4.

4 Discussão

A baixa adesão, problema frequente entre pacientes com condições crônicas, contribui para a morbimortalidade, prejuízos na qualidade de vida, exacerbações e aumento do uso de serviços de saúde^{17,31}. Assim, é importante que os profissionais de saúde compreendam os fatores associados e as particularidades de cada paciente, para a escolha de estratégias com potencial para enfrentamento deste problema³². Além do mais, é fundamental compreender que a adesão é um comportamento multifatorial complexo, influenciado por aspectos relacionados à terapia e/ou à condição de saúde/doença; e até relativos ao serviço e à equipe de saúde³³.

Com base neste conhecimento é possível buscar por estratégias que façam sentido para determinado paciente, para que assim possam de fato melhorar a adesão e seus resultados terapêuticos. De acordo com a literatura, há diferentes estratégias para melhorar a adesão ao tratamento da asma, cada qual com suas limitações e vantagens. As mais citadas foram os aplicativos, as mensagens/lembretes eletrônicos e as intervenções farmacêuticas.

Neste contexto se insere a mHealth definida como práticas de saúde com suporte de dispositivos móveis, como smartphones, tablets e outros dispositivos sem fio. Portanto, é o uso de aplicativo ou dispositivo móvel para monitorar a saúde^{34,35}. As tecnologias móveis

podem auxiliar os serviços de saúde e estão se tornando um recurso importante para a prestação de serviços, pela sua facilidade de uso, segurança, eficiência, alcance e boa aceitação^{36,37}. Segundo Dwivedi e colaboradores³⁸, podem ser parte da reorganização dos serviços de saúde, para que sejam coerentes com um estilo de vida dinâmico, flexível e móvel, de uma sociedade com o crescente uso Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC)³⁹. Neste contexto, é necessário atrair profissionais da saúde e consultores em TIC para planejar a inserção destas tecnologias.

Além disso, a literatura sugere que o uso dos aplicativos móveis pode melhorar os cuidados de saúde preventivos, limitar o crescimento dos custos com a saúde, reduzir as visitas médicas desnecessárias e melhorar a informação dos usuários^{40,41}. Ainda, tem potencial de apoiar os pacientes no uso dos medicamentos, principalmente para grupos específicos, como adolescentes, nos quais as taxas de adesão tendem a ser menores, por questões específicas da idade como menos supervisão dos pais, estigma social e comportamentos que podem desempenhar um papel negativo^{37,42,43,44,45}.

O grande uso de smartphones entre adolescentes torna a estratégia viável. E é nesse contexto que uso do aplicativo ADAPT está inserido. Este continha diferentes elementos direcionados a aspectos da não adesão: Teste de Controle Semanal de Rinite Alérgica e Asma (CARAT), Curtas-metragens educacionais e motivacionais sobre temas relacionados, Alarme de lembrete para evitar o esquecimento do medicamento, Função de chat entre os participantes do estudo, Função de bate-papo com o farmacêutico, Perguntas para monitorar a não adesão (esquecimento - não intencional; decidir não utilizar - intencional)³⁷.

Entretanto, para avaliar a adesão foi utilizado o autorrelato (MARS), o que, segundo os autores, é um possível viés do estudo. Nos seis meses do estudo, 18,3% dos pacientes relataram estarem mais atentos sobre o uso dos medicamentos e usando-os com mais frequência; e 34,5% apresentaram escore MARS ≥ 23 . As funções do aplicativo mais usadas foram o CARAT (92,7%) e os curtas-metragens por (70,7%). Para a maioria dos farmacêuticos, a intervenção promoveu o contato com pacientes (73,9%) e o apoiou na prestação de cuidados em saúde (82,6%). Quase metade dos farmacêuticos achou que a intervenção melhorou o uso de medicamentos, no entanto, para os demais o aplicativo não correspondeu às expectativas, devido ao baixo número de pacientes, a relutância de alguns e limitações de tempo³⁷.

Os participantes (adolescentes) possuíram diferentes preferências ao usar o aplicativo, o que reforça a necessidade de intervenções multifacetadas. O chat permitiu o contato entre o

farmacêutico e esta população, que não costuma frequentar as farmácias, no entanto, nem todos os adolescentes e farmacêuticos se sentiram confortáveis com o uso da ferramenta. Também, alguns pacientes e farmacêuticos relataram problemas técnicos, o que comprometeu o seu uso. Além disso, a necessidade de um farmacêutico pode elevar o custo da estratégia, o que deve ser avaliado antes da implantação. Apesar das limitações apontadas, os autores destacaram o papel do farmacêutico na melhora da adesão, a boa adaptação e satisfação dos pacientes ao dispositivo e os poucos problemas no uso como pontos fortes desta estratégia³⁷.

O aplicativo CHANGE asthma app inclui recursos de games para promover o conhecimento e o controle da asma entre pacientes pediátricos, e foi avaliado por 4 meses. Os cuidadores receberam educação sobre a doença; que incluiu uma revisão da administração de inaladores e o fornecimento de um plano de ação. Os autores concluíram que houve um aumento no controle da asma (C-ACT) nos pacientes que utilizaram o aplicativo (18 para 21), porém não foi significativo comparado ao grupo controle (17 para 19). O pequeno tamanho da amostra tornou inviável a identificação de quais ferramentas do aplicativo foram responsáveis pelos resultados encontrados¹⁸.

No estudo sobre o Asthma mHealth App, todos receberam acompanhamento com um médico e um farmacêutico clínico, mas apenas o grupo intervenção fez o uso do aplicativo. Os dados coletados no início do estudo mostraram que o controle da asma entre os grupos foi similar (19.4 ± 4.4 vs 18.3 ± 4.6). Após 3 meses, o grupo intervenção teve um aumento discreto no controle da asma. O número de pacientes com asma controlada ($ACT \geq 20$) aumentou de 6 para 13 no grupo intervenção e 8 para 10 no grupo controle. Os pacientes do grupo intervenção preencheram um questionário avaliando a satisfação com o uso do aplicativo (facilidade de uso, informação e utilidade). Os autores concluem que, apesar de estar disponível apenas para o sistema operacional Android, o uso do aplicativo trouxe resultados positivos na adesão e no controle da asma, e os usuários se mostraram satisfeitos¹⁹.

No Brasil, diferentemente do descrito no estudo holandês³⁷, no SUS o número de pacientes vinculados a cada farmácia pública é muito maior, o que dificultaria o uso de estratégias que envolvem o farmacêutico diretamente. Além disso, deve-se considerar que, embora haja legislação que regulamente a presença do farmacêutico durante o funcionamento das farmácias⁴⁶, isso não é uma realidade de todas as unidades públicas. Assim, para implantar uma estratégia deve-se levar em consideração a disponibilidade e o custo do profissional farmacêutico. Além disso, para a utilização de aplicativos, é necessário que o paciente tenha

um smartphone e acesso à internet, o que pode ser uma dificuldade para alguns, pela indisponibilidade ou pela dificuldade de utilização⁴⁷.

Os lembretes, em formato de mensagens de texto ou os serviços de mensagens curtas (SMS), também podem ser usados para melhorar a adesão⁴⁸. Como não necessita que o paciente tenha um smartphone, possuem potencial para uso em populações de menor renda, ou dificuldade de acesso à internet^{23,49,50}. No estudo sobre o MMH, os pacientes deveriam primeiramente realizar um cadastro em um site, no qual poderiam programar lembretes para serem enviados para o seu celular nos horários de utilização dos medicamentos. Ao receber os lembretes, os pacientes deveriam responder se a dose foi administrada, omitida ou estava atrasada. O MMH registrava as informações e quando uma dose estava atrasada, novos lembretes eram enviados²³.

Dos 21 usuários de MMH que configuraram lembretes de medicamentos, 17 adotaram este recurso com sucesso. Quase todos os usuários e alguns não usuários manifestaram interesse em usar ou continuar usando o sistema. Além disso, segundo os autores, a intervenção foi associada com melhora no autorrelato da adesão e da qualidade de vida²³. Entretanto cabe destacar as limitações, como os custos para recebimento das mensagens (SMS) e a necessidade de um plano de celular com SMS.

De acordo com dados da Agência Nacional de Telecomunicações (Anatel), em 2021, o Brasil registrou 235,4 milhões de linhas ativas na telefonia móvel, uma densidade de 97,9%, porém, 49% não possuíam plano pós-pago. A integração a um site pode ser um limitante para os que não têm acesso regular à internet, ou que não têm facilidade no uso das tecnologias. Todos estes podem ser fatores que diminuam a adesão a esta estratégia. Segundo Johnson e colaboradores²³, embora tenham sido fornecidos tutoriais em vídeo sobre a utilização do site e dos lembretes, alguns pacientes relataram dificuldades no uso.

Foster e colaboradores²⁵ e Chan e colaboradores²⁶ apresentaram o uso de dispositivos acoplados ao inalador, com tela visual. Esses dispositivos possuem funções de lembretes e registram data e hora dos acionamentos dos dispositivos. Nos dois estudos foram feitos também acompanhamentos com clínicos gerais.

Os dispositivos de monitoramento eletrônico foram introduzidos tanto para monitorar a adesão como auxiliar a adesão via sistema de lembretes, e são considerados como o padrão-ouro no monitoramento da adesão pela sua objetividade e capacidade de fornecer informações detalhadas sobre os padrões de uso do tratamento^{26,51}. A adesão foi avaliada de acordo com a proporção de doses administradas em relação à posologia prescrita.

Foster e colaboradores²⁵ observaram que a adesão no grupo intervenção foi o dobro daqueles que não utilizaram a estratégia (grupo controle) (60% vs 29%). No estudo de Chan e colaboradores²⁶, o percentual médio de adesão foi de 84% no grupo intervenção e 30% no grupo controle. Entretanto, a relação entre o custo e benefício dessas estratégias também precisa ser levada em consideração. Na época dos estudos, o custo do dispositivo de monitoramento eletrônico era de US\$ 220²⁶. Certamente, estratégias conjuntas (neste caso lembretes/alertas de doses perdidas e o acompanhamento clínico), embora também exijam a disponibilidade de profissionais, são mais efetivas que as estratégias isoladas.

Neste contexto, destaca-se o papel do farmacêutico na educação para a autogestão de condições clínicas, como no caso da asma. Sua expertise em relação aos medicamentos e sua relativa acessibilidade em relação aos demais profissionais podem ser os fatores associados ao controle da asma, à melhor adesão e qualidade de vida de pacientes acompanhados por estes profissionais^{52,53,54,55}.

Khdour e colaboradores²⁷ descreveram o aconselhamento por farmacêutico clínico em ambulatório hospitalar. Neste estudo, os pacientes tiveram 3 encontros com os farmacêuticos durante suas consultas de rotina, nos quais foram orientados sobre a asma, a adesão, a utilização correta dos medicamentos e sobre o gerenciamento dos sintomas. O farmacêutico demonstrava a técnica correta de utilização dos dispositivos e o paciente deveria repetir para assegurar a compreensão. Nesses encontros, também eram respondidos dois questionários, ACT e MGLS.

Antes do início do estudo não houve diferença entre a adesão do grupo intervenção e do grupo controle (51,4% vs 50,0%). Porém, no acompanhamento de 6 e 12 meses, foi observado um discreto aumento na adesão do grupo intervenção, e uma ligeira queda no grupo controle. Ao final dos 12 meses do estudo observou-se uma melhora da técnica inalatória dos pacientes. No grupo intervenção, 78,4% obtiveram uma técnica correta, ou seja, acertaram os 9 passos, em comparação aos 29,6% do grupo controle. O percentual de pacientes do grupo intervenção, classificados com alto controle da doença, aumentou de 5,4% no início do estudo para 38,2% ao final. Ou seja, levou a uma melhora na autogestão da doença, com impacto positivo sobre o controle da asma. Porém, ponderam os autores sobre as possíveis limitações associadas ao uso do autorrelato para avaliação do controle e da adesão²⁷.

Kovačević e colaboradores²⁸ descreveram ações de aconselhamento sobre a doença e a terapia em farmácias comerciais, por farmacêuticos treinados. O estudo foi dividido em duas

partes, na primeira foi realizado um encontro com os pacientes, onde eles responderam os questionários (BMQ, KAM, ACT e MMAS-8) e receberam as orientações. Na segunda, 3 meses após o primeiro encontro, foram avaliadas as informações fornecidas no primeiro encontro e novamente aplicados os questionários. A porcentagem de pacientes com uma adesão moderada (1-2 pontos) aumentou de 37% para 49%. No controle da asma houve uma diminuição no número de pacientes com um baixo controle, de 54% para 37%, e um aumento no número de pacientes com um controle moderado da asma, de 36% para 51%.

Os autores relataram ainda que as crenças dos pacientes em relação ao tratamento mudaram consideravelmente, como as preocupações associadas ao uso de medicamentos. O impacto foi relevante, pois se sabe que as crenças sobre os medicamentos são preditores muito mais fortes da adesão do que fatores clínicos ou socioeconômicos⁵⁶. Por fim, os autores ponderam que o movimento das farmácias pode diminuir o tempo e a qualidade disponível para aconselhamento pelos farmacêuticos, influenciando na efetividade da estratégia, e que a ausência de grupo controle foi uma limitação do estudo²⁸.

Paoletti e colaboradores³⁰ apresentaram atividades educacionais em farmácias comerciais, por farmacêuticos treinados sobre o manejo da asma. Após 2 meses, foi possível observar que no grupo intervenção houve uma melhora da função pulmonar e do controle da asma. O número de pacientes com $ACT \geq 20$, no grupo intervenção, aumentou de 59,9% para 76,0%, enquanto no grupo controle não houve alteração significativa no controle da asma e na função pulmonar. O TAI fornece informações valiosas que auxiliam os profissionais a elaborar estratégias personalizadas para atendimento de cada paciente^{29,57}.

Cabe destacar que, em muitos cenários, para a implantação das estratégias de cuidado farmacêutico há a necessidade de mudanças. No Brasil, existem muitas unidades de saúde sem ou com apenas um farmacêutico. Assim, compatibilizar estas atividades juntamente com todas as demais atribuições é sempre um desafio. Além dos custos de contratação, aqueles para treinamento contínuo precisam ser considerados. Por outro lado, não envolvem tecnologias caras, nem conhecimentos muito especializados. Intervenções realizadas por farmacêuticos já impactaram positivamente nos resultados terapêuticos e na qualidade de vida de muitos pacientes^{28,58}.

Assim, apesar das diferentes estratégias apresentadas possuírem vantagens e desvantagens, em sua maioria, impactaram positivamente na adesão. As estratégias eletrônicas podem ser práticas para alguns pacientes, porém as dificuldades de uso e seus custos podem ser limitantes para outros. As intervenções farmacêuticas também impactaram

positivamente nos resultados terapêuticos, no entanto, seus custos igualmente precisam ser estudados.

Sabe-se que a asma é uma doença com alta prevalência, alta morbidade e baixo nível de controle, associado à baixa adesão. Além do alto impacto social, o custo da asma não controlada é muito elevado, mas esse custo pode ser significativamente reduzido com o controle adequado da doença. Neste contexto, é fundamental avaliar diferentes estratégias para ampliar a adesão e como as mesmas podem ser incorporadas no dia a dia dos pacientes. Acredita-se que estes dados podem auxiliar na escolha das estratégias mais adequadas para cada realidade, e que possam, assim, contribuir para a redução das complicações da asma e melhora da qualidade de vida destes pacientes.

5 Referências

1. Global Asthma Network. The Global Asthma Report 2018 [Internet]. Auckland: Global Asthma Network; 2018. Disponível em: <http://globalasthmareport.org/Global%20Asthma%20Report%202018.pdf>
2. Ministério da Saúde (BR). Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Asma [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2021 [citado em 18 jan 2022]. Disponível em: http://conitec.gov.br/images/Consultas/Relatorios/2021/20210526_PCDT_Relatorio_Aasma_CP_39.pdf
3. Pizzichini MMM, Carvalho-Pinto RM, Cançado JED, Rubin AS, Cerci Neto A, Cardoso AP, et al. Recomendações para o manejo da asma da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia – 2020. J Bras Pneumol. 2020;46(1):e20190307. doi: [10.1590/1806-3713/e20190307](https://doi.org/10.1590/1806-3713/e20190307)
4. Costa E, Caetano R, Werneck GL, Bregman M, Araújo DV, Rufino R. Estimated cost of asthma in outpatient treatment: a real-world study. Rev Saude Publica. 2018;52:27. doi: 10.11606/S1518-8787.2018052000153
5. Moura JAR, Camargos PAM, Blic J. Tratamento profilático da asma. J Pediatr (Rio J). 2002;78 Supl 2:S141-50. doi: 10.1590/S0021-75572002000800005
6. Campos HS, Camargos PAM. Broncodilatadores. Pulmão RJ [Internet]. 2012 [citado em 26 nov 2022];21(2):60-4. Disponível em: http://www.sopterj.com.br/wp-content/themes/sopterj_redesign_2017/revista/2012/n_02/10.pdf
7. Coelho ACC, Souza-Machado A, Leite M, Almeida P, Castro L, Cruz CS, et al. Manuseio de dispositivos inalatórios e controle da asma em asmáticos graves em um centro de referência em Salvador. J Bras Pneumol. 2011;37(6):720-8. doi: 10.1590/S1806-37132011000600004
8. Souza MLM, Meneghini AC, Vianna EO, Borges MC. Técnica e compreensão do uso dos dispositivos inalatórios em pacientes com asma ou DPOC. J Bras Pneumol. 2009;35(9):824-31. doi: 10.1590/S1806-37132009000900002
9. Fiterman J, Mattos W, Cukier A, Pizzichini M, Silva RF, Kahan F, et al. Acceptability, preference, tolerance and clinical efficacy of dipropionate beclomethasone delivered by two inhalation devices in chronic asthma patients: Clenil Pulvinal versus Miflasona Aerolizer. J Bras Pneumol. 2004;30(5):413-8. doi: 10.1590/S1806-37132004000500005

10. Caliari LR. O uso de dispositivos inalatórios em pacientes asmáticos: o papel do profissional farmacêutico. *Rev Cient Multidiscip Núcleo Conhecimento*. 2018;1(1):74-94.
11. Aguiar R, Lopes A, Ornelas C, Ferreira R, Caiado J, Mendes A, et al. Terapêutica inalatória: técnicas de inalação e dispositivos inalatórios. *Rev Port Imunoalergologia* [Internet]. 2017 [citado em 28 fev 2022];25(1):9-26. Disponível em: https://www.spaic.pt/client_files/rpia_artigos/terapeutica-inalatria-tenicas-de-inalao-e-dispositivos-inalatros.pdf
12. Horne R, Weinman J, Barber N, Elliott R, Morgan M. Concordance, adherence and compliance in medicine taking: a conceptual map and research priorities [Internet]. London: National Co-ordinating Centre for NHS Service Delivery and Organisation; 2005 [citado em 27 maio 2024]. Disponível em: <https://www.ahpo.net/assets/NCCSDO%20Compliance%202005.pdf>
13. Barnes CB, Ulrik CS. Asthma and adherence to inhaled corticosteroids: current status and future perspectives. *Respir Care*. 2015;60(3):455-68. doi: 10.4187/respcare.03200
14. Posadzki P, Mastellos N, Ryan R, Gunn LH, Felix LM, Pappas Y, et al. Automated telephone communication systems for preventive healthcare and management of long-term conditions. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016;12(12):CD009921. doi: [10.1002/14651858.CD009921.pub2](https://doi.org/10.1002/14651858.CD009921.pub2)
15. Blake KV. Telemedicine and adherence monitoring in children with asthma. *Curr Opin Pulm Med*. 2021;27(1):37-44. doi: 10.1097/MCP.0000000000000737
16. Horne R. Non-adherence to medication: causes and implications for care. In: Gard P, editor. *A behavioral approach to pharmacy practice*. Oxford: Blackwell Science; 2001. p. 111-30.
17. Kosse RC, Bouvy ML, Belitser SV, Vries TW, Wal PS, Koster ES. Effective engagement of adolescent asthma patients with mobile health-supporting medication adherence. *JMIR Mhealth Uhealth*. 2019;7(3):e12411. doi: [10.2196/12411](https://doi.org/10.2196/12411)
18. Real FJ, Beck AF, DeBlasio D, Zackoff M, Henize A, Xu Y, et al. Dose matters: a smartphone application to improve asthma control among patients at an urban pediatric primary care clinic. *Games Health J*. 2019;8(5):357-65. doi: 10.1089/g4h.2019.0015
19. Al-Nawayseh MK, Al-Iede M, Elayeh E, Hijazeen R, Oweidat KA, Aleidi SM. The impact of using a mobile application to improve asthma patients' adherence to medication in Jordan. *Health Informatics J*. 2021;27(3):14604582211042964. doi: 10.1177/14604582211042964
20. Nathan RA, Sorkness CA, Kosinski M, Schatz M, Li JT, Marcus P, et al. Development of the Asthma Control Test: a survey for assessing asthma control. *J Allergy Clin Immunol*. 2004;113(1):59-65. doi: 10.1016/j.jaci.2003.09.008
21. Schatz M, Sorkness CA, Li JT, Marcus P, Murray JJ, Nathan RA, et al. Asthma Control Test: reliability, validity, and responsiveness in patients not previously followed by asthma specialists. *J Allergy Clin Immunol*. 2006;117(3):549-56. doi: 10.1016/j.jaci.2006.01.011
22. Korn S, Both J, Jung M, Hübner M, Taube C, Buhl R. Prospective evaluation of current asthma control using ACQ and ACT compared with GINA criteria. *Ann Allergy Asthma Immunol*. 2011;107(6):474-9. doi: 10.1016/j.anai.2011.09.001
23. Johnson KB, Patterson BL, Ho YX, Chen Q, Nian H, Davison CL, et al. The feasibility of text reminders to improve medication adherence in adolescents with asthma. *J Am Med Inform Assoc*. 2016;23(3):449-55. doi: 10.1093/jamia/ocv158
24. Logan D, Zelikovsky N, Labay L, Spergel J. The Illness Management Survey: identifying adolescents' perceptions of barriers to adherence. *J Pediatr Psychol*. 2003;28(6):383-92.
25. Foster JM, Usherwood T, Smith L, Sawyer SM, Xuan W, Rand CS, et al. Inhaler reminders improve adherence with controller treatment in primary care patients with asthma. *J Allergy Clin Immunol*. 2014;134(6):1260-8.e3.

26. Chan AHY, Reddel HK, Apter A, Eakin M, Riekert K, Foster JM. Adherence monitoring and e-health: how clinicians and researchers can use technology to promote inhaler adherence for asthma. *J Allergy Clin Immunol Pract.* 2013;1(5):446-54.
27. Khmour MR, Elyan SO, Hallak HO, Jarab AS, Mukattash TL, Astal A. Pharmaceutical care for adult asthma patients: a controlled intervention one-year follow-up study. *Basic Clin Pharmacol Toxicol.* 2020;126(4):332-40. doi: 10.1111/bcpt.13386
28. Kovačević M, Čulafić M, Jovanović M, Vučićević K, Kovačević SV, Miljković B. Impact of community pharmacists' interventions on asthma self-management care. *Res Social Adm Pharm.* 2018;14(6):603-11.
29. Plaza V, Fernández-Rodríguez C, Melero C, Cosío BG, Entrenas LM, Pérez de Llano L, et al. Validation of the "Test of the Adherence to Inhalers" (TAI) for asthma and COPD patients. *J Aerosol Med Pulm Drug Deliv.* 2016;29(2):142-52. doi: [10.1089/jamp.2015.1212](https://doi.org/10.1089/jamp.2015.1212)
30. Paoletti G, Keber E, Heffler E, Malipiero G, Baiardini I, Canonica GW, et al. Effect of an educational intervention delivered by pharmacists on adherence to treatment, disease control and lung function in patients with asthma. *Respir Med.* 2020;174:106199. doi: [10.1016/j.rmed.2020.106199](https://doi.org/10.1016/j.rmed.2020.106199)
31. Williams LK, Pladevall M, Xi H, Peterson EL, Joseph C, Lafata JE, et al. Relationship between adherence to inhaled corticosteroids and poor outcomes among adults with asthma. *J Allergy Clin Immunol.* 2004;114(6):1288-93.
32. Bukstein DA. Patient adherence and effective communication. *Ann Allergy Asthma Immunol.* 2016;117(6):613-9. doi: 10.1016/j.anai.2016.08.033
33. Jin J, Sklar GE, Oh VMS, Li SC. Factors affecting therapeutic compliance: a review from the patient's perspective. *Ther Clin Risk Manag.* 2008;4(1):269-86.
34. Ministério da Saúde (BR). Biblioteca Virtual em Saúde. Asma [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2019 [citado em 21 fev 2022]. Disponível em: <https://bvsmis.saude.gov.br/asma/>
35. Martins NLM, Duarte P, Pinho JCMR. Adoção de mobile health [Internet]. *SciELO em Perspectiva: Humanas*; 2021 [citado em 28 nov 2022]. Disponível em: <https://humanas.blog.scielo.org/blog/2021/09/15/adocao-de-mobile-health/>
36. World Health Organization. mHealth: use of mobile wireless technologies for public health [Internet]. Geneva: WHO; 2016 [citado em 30 maio 2024]. Disponível em: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB139/B139_8-en.pdf
37. Kosse RC, Bouvy ML, Vries TW, Koster ES. Evaluation of a mobile health intervention to support asthma self-management and adherence in the pharmacy. *Int J Clin Pharm.* 2019;41(2):452-9.
38. Dwivedi YK, Shareef MA, Simintiras AC, Lal B, Weerakkody V. A generalised adoption model for services: a cross-country comparison of mobile health (m-health). *Gov Inf Q.* 2016;33(1):174-87. doi: 10.1016/j.giq.2015.06.003
39. Sweileh WM, Al-Jabi SW, Taha ASA, Zyoud SH, Anayah FMA, Sawalha AF. Bibliometric analysis of worldwide scientific literature in mobile health: 2006-2016. *BMC Med Inform Decis Mak.* 2017;17(1):72. doi: 10.1186/s12911-017-0476-7
40. Riley WT, Rivera DE, Atienza AA, Nilsen W, Allison SM, Mermelstein R. Health behavior models in the age of mobile interventions: are our theories up to the task? *Transl Behav Med.* 2011;1(1):53-71. doi: 10.1007/s13142-011-0021-7
41. Fox S, Duggan M. Mobile Health 2012 [Internet]. Washington (DC): Pew Research Center; 2012 [citado em 28 nov 2022]. Disponível em: <https://www.pewresearch.org/internet/2012/11/08/mobile-health-2012/>

42. Whitehead L, Seaton P. The effectiveness of self-management mobile phone and tablet apps in long-term condition management: a systematic review. *J Med Internet Res*. 2016;18(5):e97.
43. Ahmed I, Ahmad NS, Ali S, Ali S, George A, Danish HS, et al. Medication adherence apps: review and content analysis. *JMIR Mhealth Uhealth*. 2018;6(3):e62.
44. Dawson LA. What factors affect adherence to medicines? *Arch Dis Child Educ Pract Ed*. 2019;104(1):49-52.
45. De Simoni A, Horne R, Fleming L, Bush A, Griffiths C. What do adolescents with asthma really think about adherence to inhalers? Insights from a qualitative analysis of a UK online forum. *BMJ Open*. 2017;7(6):e015245. doi: [10.1136/bmjopen-2016-015245](https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-015245)
46. Brasil. Lei nº 13.021, de 8 de agosto de 2014. Dispõe sobre o exercício e a fiscalização das atividades farmacêuticas [Internet]. *Diário Oficial da União*. 11 ago 2014;Seção 1:1. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2014/lei/113021.htm
47. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Acesso à Internet e à televisão e posse de telefone móvel celular para uso pessoal 2021 [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2022 [citado em 16 nov 2022]. Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101963_informativo.pdf
48. Mulvaney SA, Anders S, Smith AK, Pittel EJ, Johnson KB. A pilot test of a tailored mobile and web-based diabetes messaging system for adolescents. *J Telemed Telecare*. 2012;18(2):115-8. doi: 10.1258/jtt.2011.111006
49. Déglise C, Suggs LS, Odermatt P. SMS for disease control in developing countries: a systematic review of mobile health applications. *J Telemed Telecare*. 2012;18(5):273-81. doi: 10.1258/jtt.2012.110810
50. Kharbanda EO, Stockwell MS, Fox HW, Andres R, Lara M, Rickert VI. Effect of a text messaging intervention on influenza vaccination in an urban, low-income pediatric and adolescent population: a randomized controlled trial. *JAMA*. 2012;307(16):1702-8. doi: 10.1001/jama.2012.502
51. Vervloet M, Linn AJ, van Weert JCM, de Bakker DH, Bouvy ML, van Dijk L. The effectiveness of interventions using electronic reminders to improve adherence to chronic medication: a systematic review of the literature. *J Am Med Inform Assoc*. 2012;19(5):696-704.
52. Smith L, Bosnic-Anticevich SZ, Mitchell B, Saini B, Krass I, Armour C. Treating asthma with a self-management model of illness behaviour in an Australian community pharmacy setting. *Soc Sci Med*. 2007;64(7):1501-11.
53. Bereznicki B, Peterson G, Jackson S, Walters EH, Gee P. The sustainability of a community pharmacy intervention to improve the quality use of asthma medication. *J Clin Pharm Ther*. 2011;36(2):144-51. doi: 10.1111/j.1365-2710.2010.01194.x
54. Ministério da Saúde (BR). Cuidado farmacêutico na Atenção Básica: resultados do projeto de implantação do cuidado farmacêutico no Município de Curitiba [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2015 [citado em 15 nov 2022]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/resultado_projeto_implantacao_cuidados_farmaceuticos.pdf
55. Alotaibi HS, Shivanandappa TB, Nagarethinam S. Contribution of community pharmacists in educating the asthma patients. *Saudi Pharm J*. 2016;24(6):685-8.
56. Foster JM, Lavoie KL, Boulet LP. Identifying patient-specific beliefs and behaviours for conversations about adherence in asthma. *Intern Med J*. 2012;42(6):e136-44. Zambelli-Simões L, Martins MC, Possari JCC, Carvalho GB, Coelho ACC, Cipriano SL, et al. Validação de escores de uso de dispositivos para inalação: valoração dos erros cometidos. *J Bras Pneumol*. 2015;41(4):313-22.
57. Armour C, Bosnic-Anticevich S, Brilliant M, Burton D, Emmerton L, Krass I, et al. Pharmacy Asthma Care Program (PACP) improves outcomes for patients in the community. *Thorax*. 2007;62(6):496-502.

Perfil clínico-epidemiológico dos casos de dengue em cinco regiões de Mineiros, GO, Brasil

Clinical-epidemiological profile of dengue cases in five regions of Mineiros, GO, Brazil

Perfil clínico y epidemiológico de casos de dengue en cinco regiones de Mineiros, GO, Brasil.

Analice Gomes Protásio¹

Geovana Silva Carrijo²

Danila Malheiros Souza³

¹ Centro Universitário de Mineiros (UNIFIMES) | analiceprotasio@hotmail.com

² Centro Universitário de Mineiros (UNIFIMES) | geh.carrijo@gmail.com

³ Centro Universitário de Mineiros (UNIFIMES) | danila@unifimes.edu.br

RESUMO

A dengue é uma doença não contagiosa causada por um vírus com quatro sorotipos (DENV-1 a DENV-4), transmitida pela fêmea infectada do mosquito *Aedes aegypti*. Manifesta-se de forma assintomática ou sintomática, sendo a febre o principal sintoma, associada a pelo menos mais dois sinais comuns. A pesquisa teve como objetivo descrever o perfil clínico-epidemiológico da dengue em cinco regiões de Mineiros, GO, em 2024, analisando manifestações clínicas, faixa etária, sexo, sorologia predominante, áreas mais afetadas e locais com maior incidência de casos. Realizou-se um estudo descritivo-exploratório quali-quantitativo, com dados coletados de fichas de notificação do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) e relatórios epidemiológicos, que posteriormente foram transcritos, analisados e sintetizados, com aprovação prévia pelo Comitê de Ética em Pesquisa. Foram notificados 9421 casos de dengue no município, com pico na 10ª semana de notificação. Nas cinco regiões analisadas houveram 5361 notificações, com maior frequência relativa apresentada pela Unidade Básica de Saúde (UBS) Dona Sanica. Quanto às características socioeconômico-demográficas, as cinco UBSs apresentaram aspectos prevalentes semelhantes - sexo feminino, não gestantes, pardas, com 2º grau completo, exceto pelo critério de idade. No que se refere às manifestações clínicas, as cinco regiões apresentaram sintomas prevalentes semelhantes - febre, mialgia e cefaleia. Assim como as principais doenças pré-existentes - hipertensão arterial, diabetes e doença ácido-péptica. Conclui-se, portanto, que ainda que cada UBS possui suas singularidades principalmente no que tange ao número de notificações e área abrangente, todos os fatores analisados para traçar o perfil clínico-epidemiológico se mostraram semelhantes entre si.

Palavras-chave: Dengue, Vírus, *Aedes*, Epidemiologia, Sintomas.

ABSTRACT

Dengue is a non-contagious disease caused by a virus with four serotypes (DENV-1 to DENV-4), transmitted by the infected female *Aedes aegypti* mosquito. It manifests asymptotically or symptomatically, with fever being the main symptom, associated with at least two other common signs. This research aimed to describe the clinical-epidemiological

profile of dengue in five regions of Mineiros, GO, in 2024, analyzing clinical manifestations, age group, sex, predominant serology, most affected areas, and locations with the highest incidence of cases. A descriptive-exploratory qualitative-quantitative study was conducted, with data collected from notification forms of the Notifiable Diseases Information System (SINAN) and epidemiological reports, which were subsequently transcribed, analyzed, and synthesized, with prior approval from the Research Ethics Committee. 9421 cases of dengue were reported in the municipality, with a peak in the 10th week of notification. In the five regions analyzed, there were 5,361 notifications, with the highest relative frequency presented by the Dona Sanica Basic Health Unit (UBS). Regarding socioeconomic and demographic characteristics, the five UBSs presented similar prevalent aspects – female sex, non-pregnant, mixed race, with complete secondary education, except for the age criterion. Concerning clinical manifestations, the five regions presented similar prevalent symptoms – fever, myalgia, and headache. The main pre-existing diseases were also similar – hypertension, diabetes, and peptic ulcer disease. It is concluded, therefore, that although each UBS has its singularities, mainly regarding the number of notifications and area covered, all the factors analyzed to outline the clinical-epidemiological profile proved to be similar among themselves.

Keywords: Dengue, Virus, Aedes, Epidemiology, Symptoms.

RESUMEN

El dengue es una enfermedad no contagiosa causada por un virus con cuatro serotipos (DENV-1 a DENV-4), transmitido por el mosquito hembra *Aedes aegypti* infectado. Se manifiesta de forma asintomática o sintomática, siendo la fiebre el síntoma principal, asociada a al menos otros dos signos comunes. Esta investigación tuvo como objetivo describir el perfil clínico-epidemiológico del dengue en cinco regiones de Mineiros, GO, en 2024, analizando las manifestaciones clínicas, el grupo de edad, el sexo, la serología predominante, las áreas más afectadas y los lugares con mayor incidencia de casos. Se realizó un estudio descriptivo-exploratorio cuali-cuantitativo, con datos recopilados de los formularios de notificación del Sistema de Información de Enfermedades de Notificación Obligatoria (SINAN) y los informes epidemiológicos, que posteriormente fueron transcritos, analizados y sintetizados, con la aprobación previa del Comité de Ética en Investigación. Se notificaron 9421 casos de dengue en el municipio, con un pico en la décima semana de notificación. En las cinco regiones analizadas, se registraron 5.361 notificaciones, siendo la Unidad Básica de Salud (UBS) Dona Sanica la que presentó la mayor frecuencia relativa. En cuanto a las características socioeconómicas y demográficas, las cinco UBS presentaron prevalencias similares: sexo femenino, no gestante, mestiza, con educación secundaria completa, excepto por el criterio de edad. En cuanto a las manifestaciones clínicas, las cinco regiones presentaron síntomas prevalentes similares: fiebre, mialgia y cefalea. Las principales enfermedades preexistentes también fueron similares: hipertensión, diabetes y enfermedad ulcerosa péptica. Se concluye, por lo tanto, que si bien cada UBS presenta singularidades, principalmente en cuanto al número de notificaciones y área de cobertura, todos los factores analizados para delinear el perfil clínico-epidemiológico resultaron ser similares entre sí.

Palabras clave: Dengue, Virus, Aedes, Epidemiología, Síntomas.

INTRODUÇÃO

A dengue é uma doença não contagiosa, causada por um vírus com quatro sorotipos distintos - DENV-1 a DENV-4, que faz parte do grupo de doenças das arboviroses, classificada na família Flaviviridae, sendo transmitida pela fêmea infectada do mosquito *Aedes aegypti*. A doença pode se manifestar de forma assintomática ou sintomática. Quando sintomática, causa uma doença sistêmica com um amplo espectro clínico, tendo como principal sintoma a febre e, para identificação da dengue, são necessários mais dois outros sintomas comuns. Além disso, essa doença pode evoluir para remissão dos sintomas ou agravar-se para quadros graves e óbitos².

No Brasil, a primeira epidemia de dengue foi documentada em Boa Vista (RR), nos anos de 1981 - 1982, em que clinicamente identificou-se a dengue causada pelos vírus com sorotipos 1 e 4. Após esse primeiro surto, em 1986 notificaram-se epidemias que atingiram o estado do Rio de Janeiro e as capitais da região do Nordeste. A partir disso, a dengue se tornou uma doença endêmica, com ocorrências de epidemias durante o ano todo, o que torna agravante os casos crescentes de dengue no país, assim como a possível evolução dessa doença, podendo levar muitas pessoas a óbito².

O estado de Goiás notificou 436847 casos de dengue em 2024, destes, 323773 foram confirmados. Incluídos nestes números, estão as notificações do município de Mineiros com 9421 casos de dengue notificados, dos quais, 8787 foram confirmados¹.

Por esse panorama, a identificação dos locais com predominância de casos de dengue, bem como a compreensão da sintomatologia associada a doença em pacientes acometidos no ano 2024 em Mineiros, GO é de suma importância para tomada de decisões e implantação de medidas preventivas e de contenção no município, além de contribuir para fiscalização de saneamento básico. Nesse sentido, o presente estudo propõe traçar o perfil clínico epidemiológico de cinco regiões em Mineiros, GO, Brasil no ano 2024.

METODOLOGIA

A pesquisa tratou-se de um estudo descritivo-exploratório de natureza quali-quantitativa dos casos de dengue em cinco regiões do município de Mineiros-GO, no período entre janeiro de 2024 e dezembro de 2024. Definimos como região cada área de abrangência das UBSs selecionadas - UBS Dona Sanica, UBS Raul Brandão de Castro, UBS Dona Romana Gonçalves da Silva, UBS Dr. Ermínio Parralego e UBS Dr. Silvio Azarias de

Oliveira. Os dados foram selecionados a partir dos relatórios epidemiológicos e fichas de notificação.

As características sociodemográficas avaliadas incluíram idade, sexo, gestação, raça/cor, escolaridade e localização demográfica dos pacientes. Quanto à história clínica foram consideradas as manifestações clínicas, internação, realização de exame laboratorial e resultado, histórico de comorbidades como tabagismo, hipertensão arterial e diabetes, início dos sintomas e grau da doença – dengue clássica, dengue com sinais de alarme ou dengue hemorrágica. As características associadas ao desfecho da dengue foram as complicações apresentadas, a evolução do quadro clínico e óbito. As características associadas aos dados laboratoriais incluíram sorologia, exame antígeno não estrutural 1 (NS1), isolamento viral, reação em cadeia da polimerase em tempo real (RT-PCR), identificação do sorotipo, além de análises histopatológicas e imunohistoquímicas.

Foi utilizado como critério de inclusão o bairro de residência registrado na ficha de notificação do SINAN que correspondesse a área de abrangência de algumas das cinco UBSs previamente selecionadas. Já o critério de exclusão foi pacientes classificados como “descartados” ou “chikungunya”, seja por critério de confirmação laboratorial, clínico-epidemiológico ou em investigação.

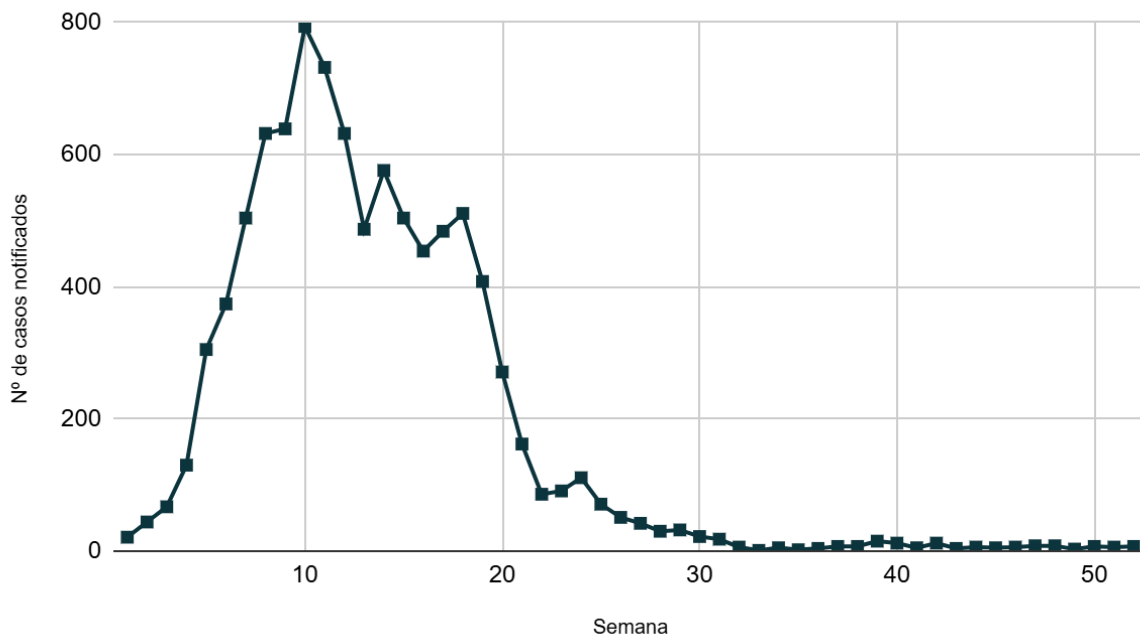
Foi utilizado o software Microsoft Excel para transcrever os dados selecionados e estratificados, estes foram dispostos em tabelas e gráficos para facilitar a visualização e manipulação. Nesse sentido, empregamos métodos estatísticos como média aritmética e ponderada e moda para encontrar os resultados procurados.

A pesquisa foi realizada somente após aprovação pelo Comitê de Ética da Universidade de Rio Verde (FESURV) (Parecer nº 7.009.777).

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Foram analisados os casos de dengue notificados entre janeiro e dezembro de 2024 em cinco regiões no município de Mineiros-GO, com uma população estimada de 70.081 habitantes, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)⁶. No ano de 2024, em Mineiros, Goiás, foram notificados 9421 casos de dengue, destes, 8787 foram confirmados. Este valor corresponde a 12,5% da população total do município^{1,7}. A taxa de incidência anual foi de 12.540 casos por 100 mil habitantes. O pico ocorreu na 10ª semana com 794 notificações. Houve uma queda significativa a partir da 11ª semana, com uma redução não contínua até a 52ª semana¹. O Gráfico 01 apresenta a variação de casos de dengue notificados em cada semana em 2024.

Gráfico 01: Casos notificados de dengue por semana epidemiológica em 2024.



Fonte: Elaborado pelo Autor (2025).

Em comparação com 2023, o número de notificações de dengue em 2024 foi maior, porém sem seguir um padrão definido. Enquanto algumas semanas apresentaram aumento de casos em 2024, no ano anterior houve declínio no mesmo período. Além disso, o pico de notificações em 2023 não coincidiu com a semana de maior incidência em 2024¹.

Não houve, desde 2011, ano em que a Secretaria de Estado da Saúde de Goiás iniciou a disponibilização de dados de casos de notificação de dengue, outro ano com número de casos notificados e confirmados de dengue próximos aos de 2024. A maior quantidade foi vista apenas em 2015 (3542 notificações e 2787 confirmações). Não se sabe se isso corresponde a possíveis subnotificações ou se de fato condiz com a realidade¹.

LETALIDADE E MORTALIDADE

A análise da letalidade por dengue em Mineiros, GO, revelou índices baixos, entre 0,06% e 0,14% nas Unidades Básicas de Saúde. Foram registrados três óbitos no total, um na UBS Raul Brandão (0,14%), um na Dona Sanica (0,06%) e um na Sílvia Azarias (0,11%).

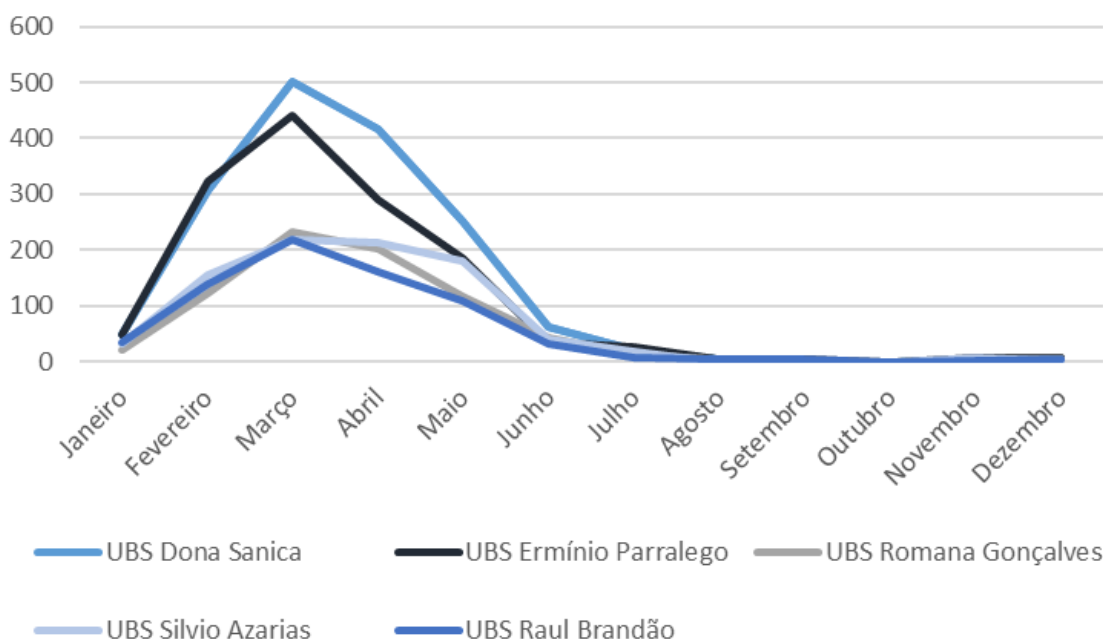
A morbidade geral em Mineiros, GO, foi de aproximadamente 7,65%, considerando a população total do município. A maior incidência ocorreu entre adultos jovens, com idades médias entre 29 e 37 anos, predominantemente do sexo feminino (4,29% dos casos) em comparação com o sexo masculino (3,35% dos casos).

CASOS REGISTRADOS NAS REGIÕES ESTUDADAS

Foram analisados 5.361 casos de dengue em regiões que abrangem cinco unidades básicas de saúde do município de Mineiros, GO. A UBS Dona Sanica apresentou a maior frequência relativa de casos (30,2%) e a UBS Raul Brandão apresentou a menor (13,3%). Essa diferença evidencia a necessidade de ações direcionadas de controle vetorial adaptadas à incidência observada em cada unidade.

Em relação à incidência de casos de dengue, as cinco UBSs analisadas apresentaram maior concentração de casos no primeiro semestre de 2024, com pico de notificações no mês de março. O Gráfico 02 apresenta a variação mensal de casos de dengue por região, em 2024.

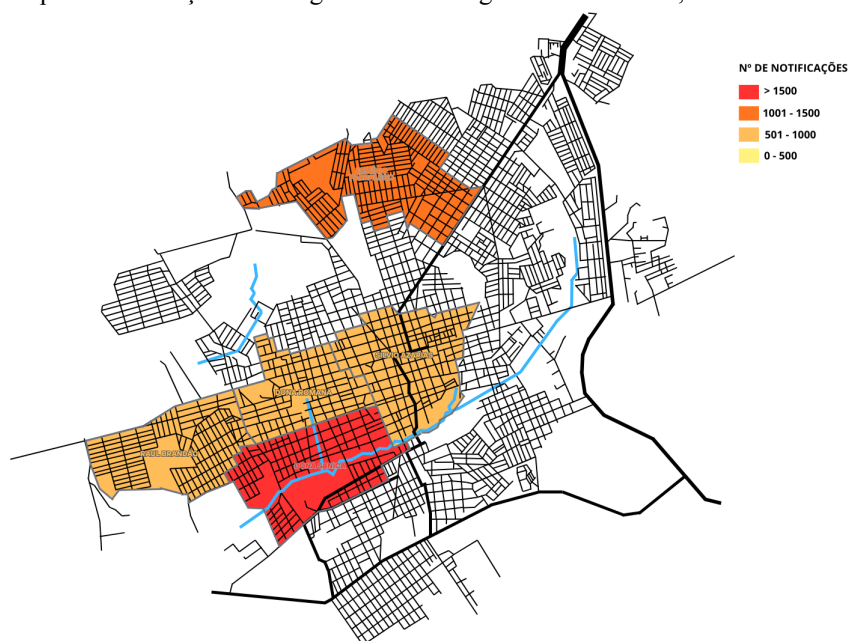
Gráfico 02: Número de notificações mensais de dengue por região.



Fonte: Elaborado pelo próprio autor (2025).

Quanto ao número de notificações, a região com maior quantidade de notificações foi a correspondente a UBS Dona Sanica (1619 notificações), cujo bairro com mais ocorrências foi o Boa Vista (492 notificações - 30,38%), já a menor foi a UBS Raul Brandão (713 notificações), cujo bairro com maior ocorrências foi o Alvina Paniago (240 notificações - 33,66%). A Imagem 01 apresenta o mapa de Mineiros com número de notificações de dengue por região analisada. As delimitações mostradas no mapa são ilustrativas e podem divergir parcialmente da realidade geográfica.

Imagem 01: Mapa de notificações de dengue em cinco regiões em Mineiros, 2024.



Fonte: Elaborado pelo próprio autor (2025).

IMPACTOS DA VACINAÇÃO

A vacina contra a dengue - Qdenga, da Takeda, entrou pela primeira vez no Calendário Nacional de Vacinação em fevereiro de 2024² e o início das vacinações em Mineiros foi no dia 20 de fevereiro de 2024 para indivíduos entre 10 a 14 anos. O esquema foi composto de duas doses, com intervalo de 3 meses entre elas, conferindo proteção adequada cerca de 10 dias após a 2ª dose⁵.

Avaliando as notificações de dengue em indivíduos com 10 a 14 anos, bem como indivíduos que completaram 15 anos após 21 de fevereiro de 2024, pertencentes às cinco regiões selecionadas nesta pesquisa, na semana em que iniciaram as vacinações (8ª semana epidemiológica), foram notificados 29 casos e cem dias após (22ª semana epidemiológica), foram notificados 6 casos, notificações estas que continuaram reduzindo de forma não contínua nas semanas subsequentes. No entanto, não se pode afirmar que a redução de casos esteve diretamente relacionada com a vacina, haja visto que não obtivemos informações referentes às carteiras de vacinação dos indivíduos.

ASPECTOS CLIMÁTICOS

Os casos de dengue normalmente aumentam consideravelmente durante o verão, isso ocorre pela associação do aumento de chuva e calor intenso que torna o ambiente propício para que os ovos colocados pelas fêmeas eclodam⁸. Os registros pluviométricos do município

de Mineiros em 2024, indicaram que o mês com maior e menor incidência de chuvas foram respectivamente Março e Julho⁷. Ao se comparar com os dados de notificações mensais, foi possível identificar que o mês com maior número de notificações em todas as regiões analisadas, também foi o mês com maior incidência pluviométrica. O número de notificações reduziu drasticamente a partir de junho, chegando a quase zero nos últimos quatro meses do ano, já o mês com menor índice pluviométrico foi julho, condizente com o período de redução das notificações.

ASPECTOS SOCIOECONÔMICOS E DEMOGRÁFICOS

Quanto às características socioeconômico-demográficas da população, as cinco UBSs apresentaram os mesmos aspectos prevalentes, com variações apenas na porcentagem dos dados.

A maior idade média dentre as notificações foi na UBS Silvio Azarias de Oliveira (37 anos) e a menor foi na UBS Raul Brandão (29 anos).

Em todas as regiões o sexo feminino foi o mais prevalente, com predomínio na UBS Dona Sanica que registrou 909 casos em mulheres (56,14%) e 707 casos em homens (43,66%). Nas UBSs Dona Sanica e Silvio Azarias de Oliveira também houveram casos classificados como ignorados.

A raça/cor predominante foi a parda em todas as regiões analisadas, com maior prevalência desta na UBS Dona Sanica, com 1152 indivíduos (71,15%) e menor prevalência na UBS Romana Gonçalves da Silva, com 504 indivíduos (66,14%).

Observou-se que houve predomínio do sexo feminino no município de Mineiros – GO, assim como em outros municípios: Goiânia – GO, Ceres – GO e Teresina – PI. Quanto à faixa etária, Goiânia concentrou casos entre 20–39 anos, Ceres entre 20–59 anos e Mineiros em adultos de 29–37 anos, indicando maior acometimento da população economicamente ativa, potencialmente mais exposta ao vetor. Em Teresina–PI, porém, a incidência foi maior acima dos 41 anos. Em relação à raça, com exceção de Teresina – PI, que não especificou, a parda foi a mais predominante^{9,11}.

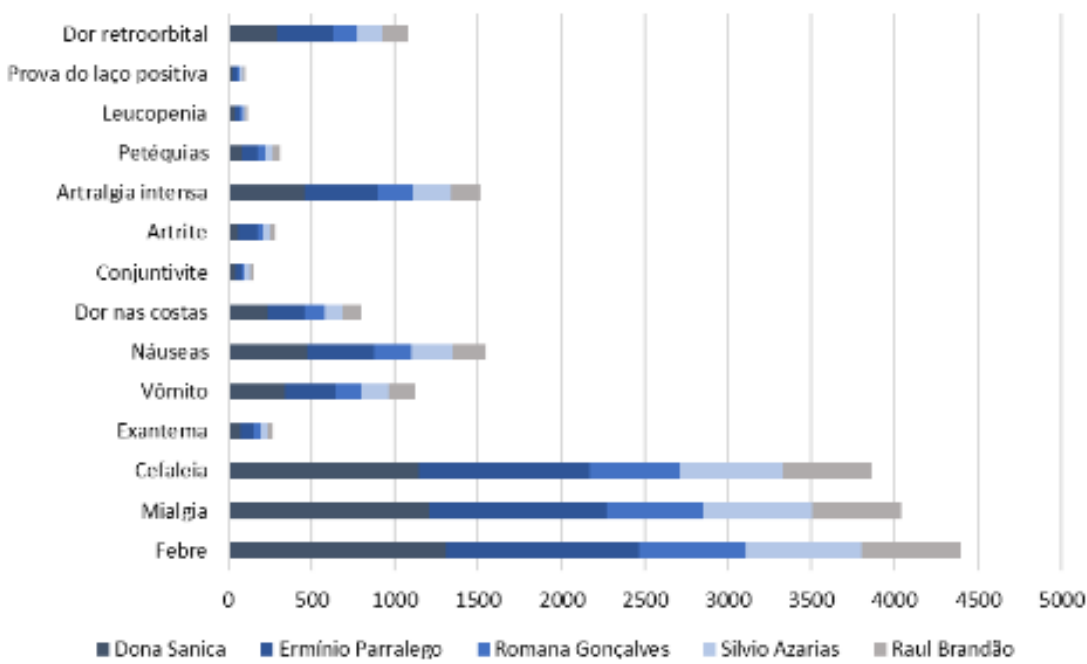
A incidência foi maior em indivíduos com 2ª grau completo em todas as regiões, principalmente na UBS Dona Sanica, com 355 indivíduos (21,92%).

ASPECTOS DA DOENÇA

No que se refere às manifestações clínicas, as cinco regiões apresentaram sintomas prevalentes semelhantes, predominando febre, mialgia, cefaleia, náuseas e artralgia intensa,

com exceção da UBS Ermínio Parralego, cujo quarto e quinto sintoma predominante foram respectivamente artralgia intensa e náuseas. O Gráfico 03 apresenta os sinais clínicos dos casos de dengue notificados em cada região.

Gráfico 03: Sinais clínicos dos casos de dengue em 2024.



Fonte: Elaborado pelo próprio autor (2025).

Quanto às principais doenças pré-existentes relatadas pelos pacientes, todas as regiões apresentaram aspectos semelhantes, predominando hipertensão arterial e diabetes mellitus. O Gráfico 09 apresenta as doenças pré-existentes de pacientes notificados com dengue em 2024, separados por região.

ASPECTOS DIAGNÓSTICOS E LABORATORIAIS

A Tabela 01 apresenta o percentual de pacientes que realizaram exames laboratoriais para diagnóstico de dengue, bem como o percentual de resultados positivos de cada exame. Os dados estão segregados por região epidemiológica (UBS).

Tabela 01: Percentual da quantidade de pacientes que realizaram exames laboratoriais para diagnóstico de dengue e os resultados positivos por região - Mineiros, 2024.

	Dona Sanica	Ermínio Parralego	Romana Gonçalves	Silvio Azarias	Raul Brandão
Sorologia (IgM)					
Quantidade	22,42	20,67	23,35	27,80	22,54

Positivo	67,21	56,25	64,04	67,90	64,59
Exame NS1					
Quantidade	34,34	30,72	35,30	34,66	35,57
Positivo	50,53	38,08	53,90	49,17	51,90
Isolamento Viral					
Quantidade	0,30	0,07	0,26	0,22	0,14
Positivo	0	0	0	0	0
RT-PCR					
Quantidade	0,80	1,29	0,91	0,68	0,56
Positivo	38,46	22,22	28,57	83,33	75
Imunohistoquímica					
Quantidade	0,55	0,14	0,78	0,34	0,28
Positivo	0	0	16,66	0	0
Sorotipo					
Quantidade	0,30	0,28	0,26	0,57	0,42
DENV1	0	25	0	20	0
DENV2	100	75	100	80	100
DENV3	0	0	0	0	0
DENV4	0	0	0	0	0
Histopatologia					
Quantidade	0,30	0,07	0,39	0,11	0
Compatível	40	100	33,33	100	0

Fonte: Elaborado pelo próprio autor (2025).

De forma geral, os resultados indicam uma distribuição predominante do DENV-2 no território, associado à baixa morbidade e ausência de letalidade, além de poucos casos com sinais de alarme ou gravidade.

HOSPITALIZAÇÕES

A UBS Dona Sanica registrou o maior número absoluto de casos de dengue, bem como maior número de hospitalizações, 101 casos (6,24%). Por outro lado, a UBS Romana Gonçalves da Silva apresentou o maior percentual, 52 casos (6,85%), enquanto que a UBS Raul Brandão registrou o menor número de casos e hospitalizações, sugerindo que esses dois

fatores possam estar relacionados. Apesar das diferenças numéricas, a proporção de hospitalizações variou entre 4,4% e 6,3%, o que indica padrão clínico relativamente homogêneo e demonstra que o volume de casos não implica, necessariamente, maior gravidade. Esses resultados podem refletir tanto a densidade populacional das áreas de abrangência quanto a eficiência dos serviços locais de vigilância epidemiológica, manejo clínico e condução terapêutica.

CLASSIFICAÇÃO E EVOLUÇÃO DA DOENÇA

Quanto à classificação dos casos de dengue, a UBS Dona Sanica apresentou o maior número de registros de dengue clássica, 1603 casos (99,01%), dengue com sinais de alarme, 12 casos (0,74%) e dengue grave 03 casos (0,19%), o que pode estar relacionado ao volume populacional da área de abrangência e à maior capacidade de detecção e registro de casos moderados. Quanto à evolução dos casos, houveram óbitos em três regiões diferentes. Pacientes que não tiveram a sua evolução informada, mas que apresentaram encerramento sem registro de óbito, foram classificados como evolução para cura. A Tabela 02 apresenta a classificação dos casos de dengue por UBS e suas respectivas evoluções.

Tabela 02: Classificação clínica, hospitalizações e evolução dos casos de dengue por região.

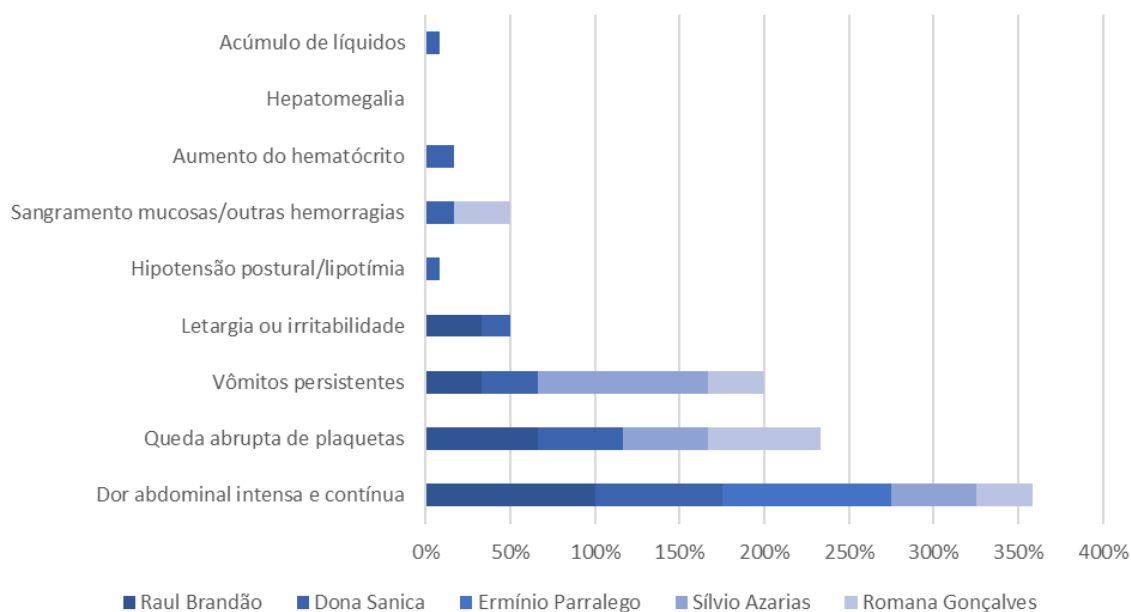
	Classificação	Hospitalização	Evolução		
			Cura	Óbito	Investigação
UBS Raul Brandão	Dengue clássica	709	33	02	01
	Dengue com sinais de alarme	03	01	03	-
	Dengue grave	01	01	01	-
UBS Dona Sanica	Dengue clássica	1603	88	87	01
	Dengue com sinais de alarme	12	10	10	-
	Dengue grave	03	03	03	-
UBS Silvio Azarias de Oliveira	Dengue clássica	862	53	53	-
	Dengue com sinais de alarme	02	02	02	-
	Dengue grave	01	01	-	01
UBS Romana	Dengue clássica	758	48	48	-

Gonçalves da Silva	Dengue com sinais de alarme	03	03	03	-	-
	Dengue grave	01	01	01	-	-
UBS Ermínio Parralego	Dengue clássica	1366	60	59	-	01
	Dengue com sinais de alarme	01	01	01	-	-
	Dengue grave	01	01	01	-	-

Fonte: Elaborado pelo próprio autor (2025).

Em todas as regiões os sinais de alarme mais prevalentes foram dor abdominal intensa e contínua, queda abrupta de plaquetas, vômitos persistentes e sangramento de mucosas/outras hemorragias. O Gráfico 04 apresenta os sinais de alarme mais prevalentes em cada região.

Gráfico 04: Sinais prevalentes na dengue com sinais de alarme de cada UBS.



Fonte: Elaborado pelo próprio autor (2025).

Os sinais de dengue grave mais prevalentes foram tempo de enchimento capilar alterado, metrorragia volumosa, hematêmese e melena. O Gráfico 13 apresenta os sinais de dengue grave mais prevalentes por UBS.

CONCLUSÃO

Apesar das particularidades locais, a análise dos dados evidenciou um padrão epidemiológico semelhante entre as unidades avaliadas, com variação apenas no número absoluto de notificações. A maioria dos casos apresentou evolução favorável, indicando a efetividade das estratégias assistenciais e do acompanhamento realizado nos serviços de atenção primária à saúde.

Embora tenham sido observados quadros mais graves e de complicações pontuais, a baixa letalidade observada reforça a importância do diagnóstico oportuno, do monitoramento clínico adequado e da organização da rede de atenção à saúde. A identificação de períodos críticos associados a maior risco de agravamento evidencia a necessidade de vigilância ativa e contínua ao longo do curso da doença.

Dessa forma, ações preventivas, acompanhamento clínico eficiente e aprimoramento dos sistemas de notificação são essenciais para reduzir complicações e otimizar a resposta à dengue na população atendida. O fato de os maiores intervalos coincidirem com o período crítico da doença reforça a necessidade de vigilância ativa e capacitação contínua das equipes de atenção primária para o reconhecimento precoce dos sinais de agravamento, assegurando intervenção oportuna e redução de riscos de complicações.

LIMITAÇÕES

Durante a análise, foram identificadas informações incorretas, possivelmente decorrentes de erros de digitação ou transcrição no processo de transferência das fichas de notificações para o sistema de registro. Estas, foram descartadas, podendo influenciar nos resultados finais da pesquisa.

Não foi possível estratificar as fichas de notificação por unidade de saúde, haja visto que as mesmas estavam vinculadas em sua maioria à Unidade de Pronto Atendimento e ao Hospital Municipal de Mineiros. Devido a isso, separamos as fichas pelo bairro da residência que correspondesse a área de abrangência de cada UBS. Assim, houveram fichas que foram selecionadas para uma UBS a qual não pertencem ou ainda que foram selecionadas para mais de uma UBS.

Ressalta-se que não foram disponibilizados todos os dados de residência - como logradouro, número, complemento, ponto de referência e CEP -, o que impossibilitou a divisão exata das fichas de notificação de cada região.

Em relação à análise das hospitalizações, observou-se elevado número de registros com campos não preenchidos ou classificados como ignorados, o que compromete a precisão

e a confiabilidade dos resultados. A ausência de informações completas dificulta a estimativa real das taxas de internação, podendo levar tanto à subestimação quanto à superestimação do número efetivo de hospitalizações.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de Doenças Transmissíveis. *Dengue : diagnóstico e manejo clínico: adulto e criança* – 6. ed. [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2024. Disponível em: <https://indicadores.saude.gov.br/public/dengue.html>. Acesso em: 02 abr 2025.
2. Goiás. Secretaria de Estado da Saúde de Goiás. *Arboviroses: Casos notificados de dengue por semana epidemiológica dos últimos 05 anos* [Internet]. Goiânia: Secretaria de Estado de Saúde; 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/d/dengue>. Acesso em: 02 abr 2025.
3. Goiás. Secretaria de Estado da Saúde de Goiás. Superintendência de Vigilância em Saúde. Gerência de Vigilância Epidemiológica. *Boletim Epidemiológico: Monitoramento dos casos de arboviroses em Goiás da semana epidemiológica 01 a 06 de 2024*. [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2024. Disponível em: <https://indicadores.saude.gov.br/public/dengue.html>. Acesso em: 02 abr 2025.
4. Goiás. Governo do Estado. *Nota Técnica nº 95/2024: Estratégias para continuidade da vacinação contra a dengue*. [Internet]. Goiânia: Governo do Estado de Goiás; 2024. Disponível em: <https://goias.gov.br/saude/wp-content/uploads/sites/34/gabinete-arboviroses/vacina/nota-tecnica-95.pdf>. Acesso em: 03 abr 2025.
5. Hermes Pardini. *Vacina Dengue Takeda (Qdenga): Preço, Indicação, Reação e Doses*. [Internet]. Belo Horizonte: Hermes Pardini; 2024. Disponível em: <https://www.hermespardini.com.br/vacina/vacina-dengue>. Acesso em: 02 abr 2025.
6. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Cidades e Estados: Mineiros – GO*. [Internet]. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2024. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/go/mineiros.html>. Acesso em: 03 abr 2025.
7. MapBiomas Brasil. *Mineiros - GO*. [Internet]. Brasil: MapBiomas; 2024. Disponível em: [https://plataforma.brasil.mapbiomas.org/water/water_monthly?tl\[id\]=17&tl\[themeKey\]=water&tl\[subthemeKey\]=water_monthly&tl\[pixelValues\]\[\]=1&tl\[pixelValues\]\[\]=2&tl\[pixelValues\]\[\]=3&tl\[pixelValues\]\[\]=4&tl\[pixelValues\]\[\]=5&tl\[pixelValues\]\[\]=6&tl\[pixelValues\]\[\]=7&tl\[pixelValues\]\[\]=8&tl\[pixelValues\]\[\]=9&tl\[pixelValues\]\[\]=10&tl\[pixelValues\]\[\]=11&tl\[pixelValues\]\[\]=12&tl\[legendKey\]=water_monthly&tl\[year\]=2024&tl\[regionKey\]=brazil&tl\[ids\]\[\]=1-95-3519&tl\[divisionCategoryId\]=95](https://plataforma.brasil.mapbiomas.org/water/water_monthly?tl[id]=17&tl[themeKey]=water&tl[subthemeKey]=water_monthly&tl[pixelValues][]=1&tl[pixelValues][]=2&tl[pixelValues][]=3&tl[pixelValues][]=4&tl[pixelValues][]=5&tl[pixelValues][]=6&tl[pixelValues][]=7&tl[pixelValues][]=8&tl[pixelValues][]=9&tl[pixelValues][]=10&tl[pixelValues][]=11&tl[pixelValues][]=12&tl[legendKey]=water_monthly&tl[year]=2024&tl[regionKey]=brazil&tl[ids][]=1-95-3519&tl[divisionCategoryId]=95). Acesso em: 26 nov 2025.
8. Secretaria de Saúde do Distrito Federal. Soares I. *Por que os casos de dengue aumentam no verão?* [Internet]. Brasília: Agência Saúde-DF; 2024. Disponível em:

<https://www.saude.df.gov.br/web/guest/w/por-que-os-casos-de-dengue-aumentam-no-ver%C3%A3o->. Acesso em: 26 nov 2025.

- 9 . Fantinati AMM *et al.* Perfil epidemiológico e demográfico dos casos de dengue na região central de Goiânia – Goiás: *de 2008 a março de 2013*. *Tempus Actas Saude Colet.* 2013; 7 (2): 107–119. DOI: 10.18569/tempus.v7i2.1347.
10. Guedes DAMO, et al. Perfil epidemiológico dos casos de dengue notificados em Ceres-Goiás, de 2014 a 2015. *Rev Epidemiol Control Infect.* 2019; 9(2): 161–166. doi: 10.17058/reci.v9i2.11396.
11. Ribeiro PC, Sousa DC, Araújo TME. Perfil clínico-epidemiológico dos casos suspeitos de Dengue em um bairro da zona sul de Teresina, PI, Brasil. *Rev Bras Enferm.* 2008; 61(2): 227-232.

Prevalência de *Trichomonas vaginalis* em exames citopatológicos de colo uterino no município de Canoas, Rio Grande do Sul entre 2022 e 2023

Prevalence of Trichomonas vaginalis in cervical cytology tests in Canoas, Rio Grande do Sul, between 2022 and 2023

Prevalencia de Trichomonas vaginalis en exámenes de citología cervical en el municipio de Canoas, Rio Grande do Sul, entre 2022 y 2023

Andreo Rysdyk¹

Felipe Wachholz Bartz²

Rosane de Lima³

¹ Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA) | andreorysdyk@live.com.

² Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA) | felipewb@ufcspa.edu.br

³ Universidade Luterana do Brasil (ULBRA) | biomedicarosane@hotmail.com

RESUMO

A tricomoníase é uma infecção sexualmente transmissível causada pelo protozoário *Trichomonas vaginalis*, considerada a IST não viral mais prevalente no mundo, com impacto significativo na saúde reprodutiva feminina. O objetivo deste trabalho foi estimar a prevalência de *T. vaginalis* em exames citopatológicos do colo uterino realizados em um hospital universitário da região metropolitana do Rio Grande do Sul e descrever características da população acometida. É um estudo retrospectivo, baseado na análise de 17.078 laudos citopatológicos do colo uterino, com extração de informações sociodemográficas e comparação com indicadores populacionais do município. Os resultados mostram que a prevalência de *T. vaginalis* foi de 0,75%. Observou-se maior concentração de casos em áreas de menor renda e maior vulnerabilidade social. A presença do protozoário esteve associada à maior ocorrência de atipias citopatológicas. Conclui-se que a tricomoníase permanece associada a contextos socioeconômicos desfavorecidos e reforça a relevância da infecção como problema de saúde pública, com potenciais implicações para a saúde das pessoas de sexo feminino e para a organização dos serviços de saúde.

Palavras-chave: Tricomoníase, *Trichomonas vaginalis*, Citologia, Infecções Sexualmente Transmissíveis, Saúde Pública.

ABSTRACT

Trichomoniasis is a sexually transmitted infection caused by the protozoan *Trichomonas vaginalis*, considered the most prevalent non-viral sexually transmitted infection worldwide, with significant impact on female reproductive health. The objective of this study was to estimate the prevalence of *T. vaginalis* in cervical cytopathology examinations performed at a university hospital in the metropolitan region of Rio Grande do Sul, Brazil, and to describe characteristics of the affected population. This is a retrospective study based on the analysis of 17,078 cervical cytopathology reports, with extraction of sociodemographic information and comparison with municipal population indicators. The results showed a prevalence of *T. vaginalis* of 0.75%. A higher concentration of cases was observed in areas with lower income and greater social vulnerability. The presence of the protozoan was associated with a higher occurrence of cytopathological atypias. These findings indicate that trichomoniasis remains associated with socioeconomically disadvantaged contexts and reinforce the

relevance of this infection as a public health problem, with potential implications for the health of people of female sex and for the organisation of health services.

Keywords: Trichomoniasis; *Trichomonas vaginalis*; Cytology; Sexually Transmitted Diseases; Public Health.

RESUMEN

La tricomoniasis es una infección de transmisión sexual causada por el protozoario *Trichomonas vaginalis*, considerada la infección de transmisión sexual no viral más prevalente en el mundo, con impacto significativo en la salud reproductiva femenina. El objetivo de este estudio fue estimar la prevalencia de *T. vaginalis* en exámenes citopatológicos del cuello uterino realizados en un hospital universitario de la región metropolitana de Rio Grande do Sul, Brasil, y describir las características de la población afectada. Se trata de un estudio retrospectivo basado en el análisis de 17.078 informes citopatológicos cervicales, con extracción de información sociodemográfica y comparación con indicadores poblacionales del municipio. Los resultados mostraron una prevalencia de *T. vaginalis* del 0,75%. Se observó una mayor concentración de casos en áreas de menor ingreso y mayor vulnerabilidad social. La presencia del protozoario se asoció con una mayor ocurrencia de atipias citopatológicas. Se concluye que la tricomoniasis permanece asociada a contextos socioeconómicos desfavorecidos y refuerza la relevancia de esta infección como problema de salud pública, con posibles implicaciones para la salud de las personas de sexo femenino y para la organización de los servicios de salud.

Palabras Clave: Tricomoniasis; *Trichomonas vaginalis*; Citología; Enfermedades de Transmisión Sexual; Salud Pública.

1. INTRODUÇÃO

A tricomoníase é uma infecção sexualmente transmissível causada pelo protozoário *Trichomonas vaginalis*, considerada a infecção sexualmente transmissível (IST) não viral mais prevalente no mundo, com impacto significativo na saúde reprodutiva feminina ¹⁻⁵. Embora possa causar vaginites, infertilidade, complicações gestacionais e maior risco de infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e pelo Papilomavírus Humano (HPV), a doença frequentemente permanece assintomática, o que contribui para sua subdetecção e perpetuação da transmissão ^{4,6-9}. Além disso, estudos apontam associação entre *T. vaginalis* e alterações celulares cervicais, reforçando seu potencial papel coadjuvante em processos oncogênicos ^{10,11}.

O diagnóstico pode ser realizado por cultura, microscopia direta e técnicas moleculares, sendo que a identificação do parasito em exames citopatológicos constitui, em geral, um achado incidental de sensibilidade limitada ^{12,13}. No Brasil, a infecção não é de notificação compulsória, e informações atualizadas sobre sua distribuição permanecem escassas, especialmente no âmbito municipal ^{14,15}.

Diante da relevância clínica e epidemiológica da tricomoníase e da escassez de dados locais, este estudo teve como objetivo estimar a prevalência de *T. vaginalis* em exames citopatológicos de colo uterino já disponíveis e realizados em pessoas do sexo feminino atendidas pela rede pública de Canoas, Rio Grande do Sul, descrever o perfil

sociodemográfico das pacientes acometidas e verificar a associação entre a presença do parasito e a ocorrência de alterações citológicas.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo observacional, transversal e retrospectivo, baseado na análise de laudos citopatológicos previamente liberados pelo Laboratório de Patologia do Hospital Universitário de Canoas, referentes a pessoas do sexo feminino atendidas na rede pública de saúde do município.

Foram triados 17.078 laudos de exames citopatológicos cervicais emitidos entre 1º de julho de 2022 e 30 de junho de 2023. A triagem foi realizada por profissional independente, sem participação no processo de liberação dos laudos, garantindo isenção na coleta das informações. Foram incluídos laudos de pacientes do sexo feminino com resultado conclusivo e informações mínimas necessárias à análise (idade, bairro de residência e condições do material). Laudos inconclusivos, com material insatisfatório ou com ausência de variáveis sociodemográficas essenciais, como idade ou bairro de residência, foram excluídos. Quando havia ausência de raça/cor, os laudos foram mantidos na análise principal, mas essa variável foi tratada como categoria “ignorada”.

Os dados sociodemográficos (idade, bairro e raça/cor) foram extraídos das requisições dos exames e, posteriormente, pareados com informações oficiais do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), obtidas pela plataforma SIDRA (Sistema IBGE de Recuperação Automática), referentes à população e à renda domiciliar mediana dos bairros do município ¹⁶. Não houve utilização de outras bases externas além dessas fontes.

A leitura citopatológica original foi realizada por citotécnicos e patologistas vinculados ao serviço, seguindo rotinas padronizadas. Os laudos não foram reavaliados especificamente para este estudo, e não houve cegamento adicional dos profissionais responsáveis pela liberação inicial. A identificação de *Trichomonas vaginalis* decorreu de achado incidental no processo habitual de leitura.

As variáveis contínuas foram avaliadas quanto à distribuição por meio do teste de Shapiro–Wilk. Para comparação entre a proporção de casos observados em cada bairro e a proporção esperada com base na distribuição populacional local, utilizou-se o teste Z para comparação de proporções, apropriado para grandes amostras e para avaliar discrepâncias entre proporções populacionais teóricas e achados empíricos.

A associação entre renda domiciliar mediana dos bairros e a magnitude do desvio proporcional (escore Z) foi analisada por meio da correlação de Spearman, devido à ausência

de normalidade dos dados, ao caráter monotônico da relação e à natureza ordinal da variável socioeconômica. O nível de significância adotado foi de 5% e os intervalos de confiança foram calculados a 95%. As análises foram realizadas utilizando o software Prism GraphPad, versão 10.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Luterana do Brasil (ULBRA) no dia 01/10/2023 sob o número do Certificado de Apresentação de Apreciação Ética: 70122723.0.0000.5349 e seguiu fielmente as diretrizes da resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, que regulamenta pesquisas envolvendo seres humanos. Os dados utilizados neste estudo foram provenientes de laudos citopatológicos do Laboratório de Patologia do Hospital Universitário de Canoas. Devido a restrições éticas e legais relacionadas à confidencialidade e à proteção de dados sensíveis, os dados não estão disponíveis publicamente, mas podem ser acessados mediante solicitação justificada aos autores e aprovação institucional.

RESULTADOS

Foram analisados 17.078 laudos de exames citopatológicos do colo uterino realizados entre julho de 2022 e junho de 2023. A presença de *Trichomonas vaginalis* foi identificada em 128 exames, o que corresponde a uma prevalência de 0,75% (Tabela 1). A idade média das pessoas do sexo feminino com resultado positivo foi de 36,5 anos (desvio-padrão: 11,37). A informação sobre cor ou raça esteve ausente em 42 requisições (32,8%). Entre as 86 pessoas do sexo feminino com esse dado registrado, a maioria se autodeclarou branca (76,7%), seguida por preta (12,8%), parda (9,3%) e amarela (1,2%).

Tabela 1. Distribuição mensal dos casos positivos para *Trichomonas vaginalis* em exames citopatológicos do colo uterino. Canoas, Rio Grande do Sul, 2022–2023 (n=17.078).

Mês/Ano	Exames citopatológicos de colo uterino realizados	Presença de <i>T. vaginalis</i> (n)
07/2022	1323	3
08/2022	1500	3
09/2022	950	29
10/2022	1559	32
11/2022	1522	4
12/2022	1287	1
01/2023	1130	12

02/2023	1044	5
03/2023	1668	16
04/2023	1921	3
05/2023	1297	12
06/2023	1877	8
Total	17078	128

A distribuição dos casos positivos de acordo com bairro de residência evidenciou maior concentração nos bairros Mathias Velho (26,6%), Guajuviras (15,6%), Rio Branco (9,4%) e Harmonia (9,4%) , que reuniram conjuntamente mais da metade dos casos identificados (Tabela 2). Considerando os serviços de saúde de origem das amostras, observou-se maior número de casos provenientes das Unidades Básicas de Saúde União (14,1%), Mathias Velho (10,9%) e Guajuviras (7,8%).

Tabela 2. Distribuição dos casos positivos para *Trichomonas vaginalis* segundo bairro de residência e indicadores sociodemográficos. Canoas, Rio Grande do Sul, 2019–2023 (n=128).

Bairro	Casos Positivos N (%)	População Estimada do Bairro	Parcela correspondente à população da cidade (%)	Renda Domiciliar Mediana (R\$)
Brigadeira	0 (0)	579	0,18	2030
Centro	3 (2,34)	15079	4,66	3275
Estância Velha	6 (4,69)	26633	8,22	1710
Fátima	3 (2,34)	12662	3,91	1800
Guajuviras	20 (15,63)	39526	12,21	1220
Harmonia	12 (9,38)	39073	12,07	1500
Igara	2 (1,56)	10400	3,21	2500
Industrial	0 (0)	97	0,03	1200

Marechal Rondon	1 (0,78)	11002	3,40	3510
Mathias Velho	34 (26,59)	48806	15,07	1320
Mato Grande	11 (8,59)	11223	3,47	1451
Niterói	11 (8,59)	38478	11,88	1530
Nossa Senhora das Graças	0 (0)	16723	5,16	2670
Olaria	4 (3,13)	10885	3,36	1500
Rio Branco	12 (9,38)	28384	8,76	1530
São José	3 (2,34)	9972	3,08	2400
São Luís	6 (4,69)	4317	1,33	1500

Nota: Indicadores sociodemográficos obtidos do Censo Demográfico 2010.

As atipias citopatológicas do colo uterino foram identificadas em 803 dos 17.078 exames analisados, resultando em uma prevalência global de 4,7%. Entre os exames positivos para *T. vaginalis*, 23 apresentaram atipias citológicas, correspondendo a uma prevalência de 18,0% nesse grupo. A presença do parasito esteve associada a maior ocorrência de atipias, com razão de prevalência de 3,9 (IC95%: 2,68;5,67), em comparação aos exames sem identificação de *T. vaginalis* (Tabela 3). As principais atipias observadas entre os casos positivos foram Células Escamosas Atípicas de Significado Indeterminado (comumente usada a sigla em inglês, ASC-US) (19 casos), seguidas por Células Escamosas Atípicas, sem descartar uma lesão de alto grau (ASC-H) (2 casos), Células Glandulares Atípicas de Significado Indeterminado (AG-US) e Células com Lesão Intraepitelial Escamosa de Baixo Grau (LSIL) (1 caso cada).

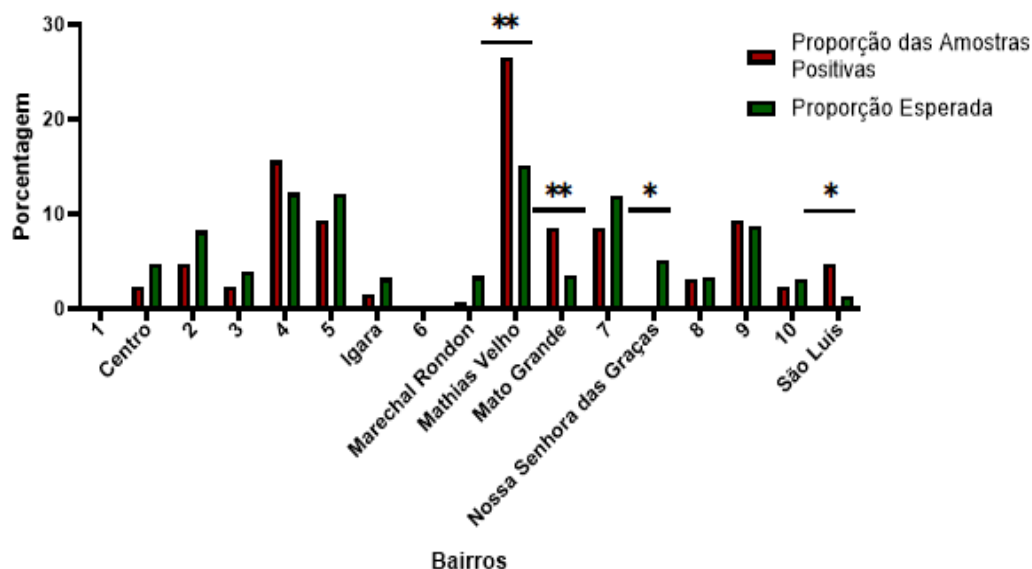
Tabela 3. Associação entre presença de *Trichomonas vaginalis* e atipias citopatológicas do colo uterino, com razões de prevalência (RP) e intervalos de confiança de 95% (IC95%). Canoas, Rio Grande do Sul, 2019–2023 (n=17.078).

Presença de <i>T. vaginalis</i>	Com atipias n (%)	Sem atipias n (%)	RP (IC95%)
Não	780 (4,6)	16.170 (95,40)	1,00
Sim	23 (18,0)	105 (82,00)	3,90 (2,68;5,67)

Os bairros Mathias Velho, São Luís e Mato Grande apresentaram proporção de casos acima da esperada com base na distribuição populacional (p-valor 0,0002; 0,0003; e 0,0116, respectivamente), enquanto o bairro Nossa Senhora das Graças apresentou proporção inferior

à esperada (p-valor 0,0458). A distribuição relativa dos casos em relação à população dos bairros está apresentada na Figura 1.

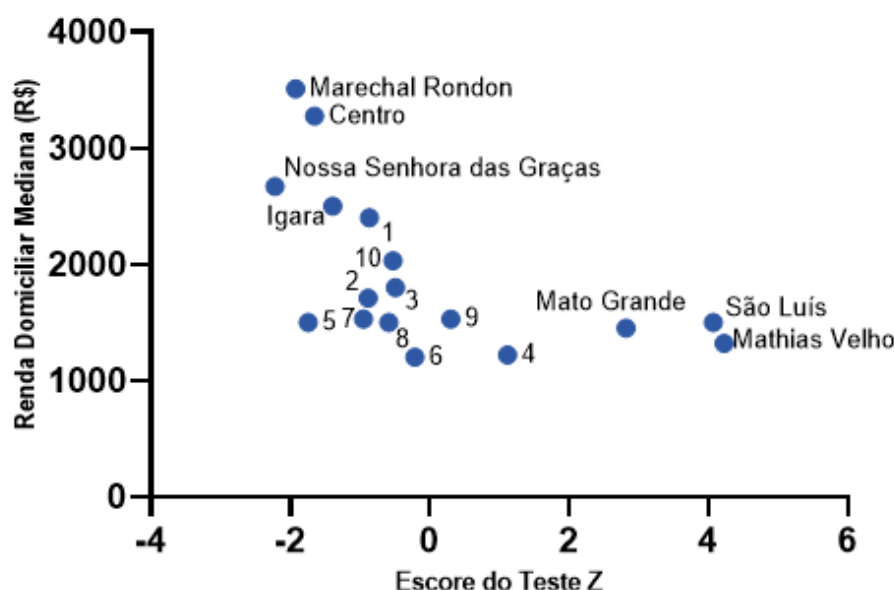
Figura 1. Distribuição dos casos positivos para *Trichomonas vaginalis* segundo o bairro de residência e a proporção populacional dos bairros. Canoas, Rio Grande do Sul, julho de 2022 a junho de 2023 (n=128).



Nota: As barras indicam a proporção de casos positivos de *Trichomonas vaginalis* por bairro e a proporção correspondente da população residente. Bairros enumerados: 1. Brigadeira; 2. Estância Velha; 4. Guajuviras; 5. Harmonia; 6. Industrial; 7. Niterói; 8. Olaria; 9. Rio Branco; 10. São José. * = p-valor 0,05; ** = p-valor 0,01.

Observou-se associação inversa entre a renda domiciliar mediana e a discrepância entre a proporção observada e a proporção esperada de casos por bairro, indicando maior concentração relativa de casos em áreas de menor renda (coeficiente de Spearman = $-0,73$; p-valor 0,05), conforme ilustrado na Figura 2.

Figura 2. Relação entre renda domiciliar mediana dos bairros e concentração relativa de casos positivos para *Trichomonas vaginalis*. Canoas, Rio Grande do Sul, 2019–2023 (n=128).



Nota: Cada ponto representa um bairro do município, considerando a renda domiciliar mediana e a diferença entre a proporção de casos positivos observada e a proporção esperada segundo a distribuição populacional. Bairros: 1. Brigadeira; 2. Estância Velha; 3. Fátima; 4. Guajuviras; 5. Harmonia; 6. Industrial; 7. Niterói; 8. Olaria; 9. Rio Branco; 10. São José.

DISCUSSÃO

A prevalência de *Trichomonas vaginalis* identificada neste estudo de 0,75% foi inferior às estimativas descritas em diferentes populações nacionais e internacionais. Uma metanálise recente conduzida por Tian e colaboradores estimou que a prevalência de *T. vaginalis* no Brasil varia entre 5% e 12%, enquanto a prevalência global situa-se entre 7% e 10%¹⁷. Um estudo na cidade vizinha, Porto Alegre, capital da Região Metropolitana onde Canoas se situa, encontrou uma taxa de 1,2% de presença de *T. vaginalis* em pessoas do sexo feminino com lesões intraepiteliais neoplásicas, um resultado mais afim¹⁸. No entanto, esses estudos usaram metodologias mais sensíveis, como Reação em Cadeia da Polimerase (PCR) em vez da detecção por microscopia, que é muito mais dependente do profissional de triagem. A menor prevalência observada neste estudo deve ser interpretada considerando as limitações da citologia convencional, método empregado para a identificação do parasito. Embora seja amplamente utilizada em programas de rastreamento do câncer do colo do útero, essa técnica apresenta sensibilidade limitada para o diagnóstico da tricomoníase, subestimando sua ocorrência real. Ainda assim, a identificação incidental de *T. vaginalis* em exames citopatológicos de rotina possui relevante valor epidemiológico, pois permite estimar a prevalência mínima da infecção em populações amplas e acompanhar sua variação ao longo do tempo, fazendo proveito das estruturas de saúde pública já existentes.

Ao compararmos os estudos brasileiros que também utilizaram raspados cervicais para o diagnóstico, observam-se valores mais semelhantes. Em Botucatu (São Paulo), dos Santos e colaboradores identificaram uma redução da prevalência de tricomoníase de 0,85% para 0,57% entre 2019 e 2022 ¹⁹. Em estudos internacionais que empregaram a mesma metodologia diagnóstica, também foram observadas diferenças entre as populações avaliadas: 1,64% no norte da Índia ²⁰; 1,32% no Tibete, China ²¹; 2,84% em Kathmandu, Nepal ²² e entre 1,30% e 3,60% na Argentina ²³.

Ao comparar esses achados com o cenário epidemiológico de outras infecções sexualmente transmissíveis (ISTs) no município de Canoas, observa-se que, em 2023, as taxas de detecção de sífilis e HIV foram de 191,0 e 43,5 casos por 100.000 habitantes, respectivamente. Esses valores superam as médias registradas para o estado do Rio Grande do Sul, de 158,6 casos por 100.000 habitantes para sífilis e 24,4 casos por 100.000 habitantes para HIV ²⁴. Esse contexto merece atenção, uma vez que a infecção por *T. vaginalis* está associada ao aumento da suscetibilidade a outras ISTs. Por exemplo, em relação ao HIV, a infecção por *T. vaginalis* promove resposta inflamatória local com recrutamento de células-alvo para o vírus, além de comprometer a integridade da barreira mucosa e alterar a microbiota vaginal, mecanismos que favorecem tanto a aquisição quanto a transmissão do HIV ²⁵.

A análise sociodemográfica evidenciou maior concentração de casos em bairros com menor renda domiciliar e maior vulnerabilidade social, e a correlação inversa entre renda e o escore Z reforça o papel das desigualdades sociais na distribuição da tricomoníase. Esses achados estão em consonância com estudos que demonstram maior carga de infecções sexualmente transmissíveis em populações socialmente desfavorecidas ²⁶⁻³⁰, possivelmente refletindo barreiras no acesso aos serviços de saúde, menor cobertura de rastreamento ginecológico e maior exposição a fatores estruturais de risco.

A associação entre *T. vaginalis* e alterações citológicas também foi evidente, com razão de prevalência de 3,90 (IC95%: 2,68;5,67) para detecção de atipias. A predominância de achados como ASC-US e outras alterações de significado indeterminado é compatível com o potencial inflamatório e epitelial do parasito, além de sua relação com maior susceptibilidade a coinfeções, especialmente por HPV ³¹. Embora um delineamento transversal não permita inferir causalidade, os resultados reforçam a relevância clínica das infecções identificadas incidentalmente na citologia.

Algumas limitações devem ser consideradas. A detecção de *T. vaginalis* por meio da citologia, como já mencionado, embora útil como ferramenta de sinalização epidemiológica, não constitui método de alta acurácia, podendo resultar em subdiagnóstico^{12,13}. A ausência de confirmação por testes moleculares ou cultura, a incompletude de variáveis sociodemográficas e o uso de dados censitários de 2010 podem introduzir imprecisões nas análises. Ademais, a impossibilidade de reavaliação cega dos laudos limita a avaliação de variações interobservadores. Ainda assim, os achados permitem caracterizar a distribuição municipal da tricomoníase e evidenciar sua associação com contextos de maior vulnerabilidade social.

Em conclusão, a prevalência observada em Canoas foi baixa, porém apresentou concentração em áreas socialmente mais vulneráveis e associação com maior ocorrência de atipias citopatológicas. Em conjunto, esses achados reforçam a importância da vigilância epidemiológica da tricomoníase. Embora frequentemente negligenciada por não integrar os sistemas de notificação compulsória, sua elevada frequência de acordo com a literatura, o potencial de amplificar a transmissão de outras ISTs, a associação a lesões do colo uterino e a possibilidade de monitoramento por meio dos exames citopatológicos justificam sua inclusão entre as infecções de interesse para a saúde pública, especialmente em municípios com elevada incidência de outras infecções sexualmente transmissíveis. A identificação incidental do parasito em exames citopatológicos também aponta para a pertinência de discutir o uso de métodos diagnósticos complementares e o potencial monitoramento sistemático da tricomoníase no âmbito da saúde pública.

REFERÊNCIAS

1. Riestra AM, de Miguel N, Dessi D, Simoes-Barbosa A, Mercer FK. *Trichomonas vaginalis*: lifestyle, cellular biology, and molecular mechanisms of pathogenesis. In: de Souza W, editor. **Lifecycles of Pathogenic Protists in Humans**. Cham: Springer; 2022. p. 541–617.
2. Poole DN, McClelland RS. Global epidemiology of *Trichomonas vaginalis*. **Sex Transm Infect**. 2013;89(6):418.
3. Wei X, Liu L, Liu K, Qin X, Wu J, Jiang L, et al. Global burden of trichomoniasis: current status, trends, and projections (1990–2021). **Front Public Health**. 2025;13.
4. Kissinger P. *Trichomonas vaginalis*: a review of epidemiologic, clinical and treatment issues. **BMC Infect Dis**. 2015;15:307.
5. Muzny CA, George S, Kissinger PJ, Van Gerwen OT. Trichomoniasis and other sexually transmitted parasitic diseases in women. **Clin Obstet Gynecol**. 2025;10–1097.

6. Rein MF. Trichomoniasis. In: Ryan ET, Hill DR, Solomon T, Aronson NE, Endy TP, editors. **Hunter's Tropical Medicine and Emerging Infectious Diseases**. 10th ed. London: Elsevier; 2020. p. 731–3. ISBN: 9780323555128
7. Zhang Z, Li Y, Lu H, Li D, Zhang R, Xie X, et al. A systematic review of the correlation between *Trichomonas vaginalis* infection and infertility. **Acta Trop**. 2022;236:106693.
8. Van Gerwen O, Craig-Kuhn M, Jones A, Schroeder J, Deaver J, Buekens P, et al. Trichomoniasis and adverse birth outcomes: a systematic review and meta-analysis. **BJOG**. 2021;128(12):1907–15.
9. Osafo KS, Lin W, Dong B, Sun P. *Trichomonas vaginalis* and human papillomavirus: association with the microbiota and burden on the cervix. **Gynecol Obstet Clin Med**. 2023;3(4):207–12.
10. Yang S, Zhao W, Wang H, Wang Y, Li J, Wu X. *Trichomonas vaginalis* infection-associated risk of cervical cancer: a meta-analysis. **Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol**. 2018;228:166–73.
11. Hamar B, Teutsch B, Hoffmann E, Hegyi P, Váradi A, Nyirády P, et al. *Trichomonas vaginalis* infection is associated with increased risk of cervical carcinogenesis: a systematic review and meta-analysis of 470,000 patients. **Int J Gynecol Obstet**. 2023;163(1):31–43.
12. Rahmani F, Ehteshaminia Y, Mohammadi H, Mahdavi SA. A review on diagnostic methods for *Trichomonas vaginalis*. **Mazandaran Univ Med Sci J**. 2021;3(4):35–43.
13. Van Der Pol B. Clinical and laboratory testing for *Trichomonas vaginalis* infection. **J Clin Microbiol**. 2016;54(1):7–12.
14. Passos MRL. Tricomoníase: uma epidemia negligenciada. DST [Internet]. 2006 Oct. 5; 18(3):159-60.
15. Lima MCL, Albuquerque TV, Barreto Neto AC, Rehn VNC. Prevalência e fatores de risco independentes à tricomoníase em mulheres assistidas na atenção básica. **Acta Paul Enferm**. 2013;26.0
16. 1.Sistema IBGE de Recuperação Automática - SIDRA [Internet]. sidra.ibge.gov.br. [cited 2024 June 12]. Available from: <https://sidra.ibge.gov.br/acervo>
17. Tian W, Li Y, Zhang Y, Zhang Y, Qin Y, Han Y, et al. Systematic review and meta-analysis of the global prevalence and infection risk factors of *Trichomonas vaginalis*. **Parasite** [Internet]. 2025 Jan 1 [cited 2026 July 9];32:56–6
18. Follador K, Pires LV, Paula A, Henrique J, Reis RJ, Mariana, et al. High frequency of sexually transmitted infections in patients with precancerous cervical lesions in Brazil. **Frontiers in Public Health**. 2025 June 24;13:1480959–9.
19. Santos M de PS dos, Ramos BR de A, Oliveira MLCS de, Tristão A da R, Silva MG da. Prevalence of *Trichomonas vaginalis* Infection in Women Screened for Precursor Lesions of Cervical Cancer in a Brazilian Population. **Microorganisms** 2024;12:2032. <https://doi.org/10.3390/microorganisms12102032>.
20. Singhal U, Jain P, Trivedi S, Kumar U. Cytomorphological spectrum of cervicovaginal infections and their prevalence with clinical correlation on pap smears: A three-year retrospective study. **Panacea J Med Sci** 2022;12:97–101. <https://doi.org/10.18231/j.pjms.2022.019>.
21. Chen M, Lhamo Y, Chödrön K, Chen L. Cervical cytology-based screening identifies *Trichomonas vaginalis* as a significant correlate of non-16/18 high-risk human papillomavirus infection in high-altitude tibetan agro-pastoral communities: A cross-sectional study of 62,657 women. **International Journal of Infectious Diseases** 2025;160:108034. <https://doi.org/10.1016/j.ijid.2025.108034>.
22. Pathak R, Pradhan P, Pudasaini S, Maharjan S, Basnyat A. Study of *Trichomonas vaginalis* and Bacterial Vaginosis in Pap smear at a Tertiary Health Care Centre of Nepal. **Nep Med Coll J** 2020;22:8–12. <https://doi.org/10.3126/nmcj.v22i1-2.29926>.

23. Gómez Cherey JF, Noemí Payalef S, Chen X, Paula Reyes A, Andrea Maldonado V, Olga Losada M, et al. Prevalence of hr-HPV types and their association with bacterial vaginosis, yeasts and trichomoniasis in Argentine women. **Revista Argentina de Microbiología** 2026;58:206–17.
<https://doi.org/10.1016/j.ram.2025.11.004>
24. Painéis de indicadores e dados básicos [Internet]. Departamento de HIV/Aids, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis. [cited 2026 July 7]. Available from:
<https://www.gov.br/aids/pt-br/indicadores-epidemiologicos/paineis-de-indicadores-e-dados-basicos>
25. Masha SC, Cools P, Sanders EJ, Vaneechoutte M, Crucitti T. *Trichomonas vaginalis* and HIV infection acquisition: a systematic review and meta-analysis. **Sex Transm Infect** 2018;95:36–42.
<https://doi.org/10.1136/sextrans-2018-053713>.
26. Daugherty M, Glynn K, Byler T. Prevalence of *Trichomonas vaginalis* infection among US males, 2013–2016. **Clin Infect Dis**. 2019;68(3):460–5.
27. Patel EU, Gaydos CA, Packman ZR, Quinn TC, Tobian AAR. Prevalence and correlates of *Trichomonas vaginalis* infection among men and women in the United States. **Clin Infect Dis**. 2018;67(2):211–7.
28. Bassey GB, Clarke AIL, Elhelu OK, Lee CM. Trichomoniasis: a new look at a common but neglected STI in African descendance population in the United States and the Black Diaspora. **J Natl Med Assoc**. 2022;114(1):78–89.
29. Scheidell JD, Beau De Rochars VM, Séraphin MN, Hobbs MM, Morris JG Jr, Célestin JP, et al. Socioeconomic vulnerability and sexually transmitted infection among pregnant Haitian women. **Sex Transm Dis**. 2018;45(9).
30. Riley ED, Cohen J, Dilworth SE, Grimes B, Marquez C, Chin-Hong P, et al. *Trichomonas vaginalis* infection among homeless and unstably housed adult women in an urban environment. **Sex Transm Infect**. 2016;92(4):305.
31. Fazlollahpour-Naghbi A, Bagheri K, Almukhtar M, Taha SR, Zadeh MS, Moghadam KB, et al. *Trichomonas vaginalis* infection and risk of cervical neoplasia: a systematic review and meta-analysis. **PLoS One**. 2023;18(7):e0288443.

Distribuição espacial da perda precoce do primeiro molar permanente na faixa etária de 10 a 15 anos

Spatial distribution of premature loss of the first permanent molar in the 10-15 year age range

Distribución espacial de la pérdida prematura del primer molar permanente en el rango de edad de 10 a 15 años

Denise Damo¹

Marilene Da Cruz Magalhães Buffon²

Jéssica Rodrigues da Silva Noll Gonçalves³

Yanna Dantas Rattmann⁴

Eduardo Pizzatto⁵

¹ Universidade Federal do Paraná (UFPR) | denisecdamo@gmail.com

² Universidade Federal do Paraná (UFPR) | marilenebuffon@ufpr.br

³ Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUC/PR) | jessica.rodrigues@ufpr.br

⁴ Universidade Federal do Paraná (UFPR) | yannadr@gmail.com

⁵ Universidade Federal do Paraná (UFPR) | epizzatto1@gmail.com

RESUMO

O estudo teve por objetivo analisar a distribuição espacial da perda precoce do primeiro molar permanente em crianças e adolescentes de 10 a 15 anos, atendidos nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), entre março de 2024 e março de 2025 no município de Piraquara-PR. Efetuou-se uma pesquisa retrospectiva, de corte transversal, com abordagem quantitativa, utilizando dados secundários provenientes de prontuários referentes às extrações desse elemento dental motivadas por lesão cáries. Para análise empregou-se o Teste Qui-Quadrado de Independência de Pearson (X^2) para identificar as áreas de maior incidência e verificar possível associação entre as variáveis categóricas, adotou-se nível de significância $\alpha = 0,05$, o tratamento dos dados foi realizado por meio do software SPSS (versão 25). Os resultados apontaram 41 exodontias precoces dos primeiros molares, revelando predominância no sexo feminino, com 22 casos (53,66%), em comparação com 19 casos (46,34%) no sexo masculino. O elemento 46 foi o mais extraído, com 19 casos (46,3%), em contrapartida, o elemento 16 obteve o menor número de perdas, com apenas 5 casos (12,2%). Ademais, verificou-se maior perda dental no arco inferior (dentes 36 e 46), somando 28 extrações (68,3% do total). A região Central do município foi responsável pelo maior volume absoluto de extrações ($N=23$), seguida por Guarituba ($N=11$) e Contorno Leste ($N=7$). Por fim, evidenciou-se a necessidade de maiores investimentos em estratégias preventivas e educativas, com enfoque no diagnóstico precoce de lesões cáries, possibilitando tratamentos menos invasivos e melhor saúde bucal a longo prazo.

Palavras-chave: Dente Molar, Extração Dentária, Cárie Dentária, Criança.

ABSTRACT

The study aimed to analyze the spatial distribution of premature loss of the first permanent molar in children and adolescents aged 10 to 15 years, treated at Primary Health Care Units (PHC) between March 2024 and March 2025 in the municipality of Piraquara-PR. A retrospective, cross-sectional study with a quantitative approach was conducted, using secondary data from medical records related to extractions of this dental element due to carious lesions. Pearson's Chi-Square Test of Independence (X^2) was used to identify areas of higher incidence and verify possible associations between categorical variables. The significance level was set at $\alpha = 0.05$, data processing was performed using SPSS software (version 25). The results showed 41 premature extractions of first molars, revealing a predominance in females, with 22 cases (53.66%), compared to 19 cases (46.34%) in males. Tooth 46 was the most frequently extracted, with 19 cases (46.3%), while tooth 16 had the fewest losses, with only 5 cases (12.2%). Furthermore, the greatest tooth loss was observed in the lower arch (teeth 36 and 46),

totaling 28 extractions (68.3% of the total). The Central region of the municipality accounted for the largest absolute volume of extractions (N=23), followed by Guarituba (N=11) and Contorno Leste (N=7). Finally, the need for greater investment in preventive and educational strategies is evident, focusing on the early diagnosis of carious lesions, enabling less invasive treatments and better long-term oral health.

Key words: Molar, Tooth Extraction, Dental Caries, Child.

RESUMEN

El estudio tuvo como objetivo analizar la distribución espacial de la pérdida prematura del primer molar permanente en niños y adolescentes de 10 a 15 años, atendidos en Unidades de Atención Primaria de Salud (APS) entre marzo de 2024 y marzo de 2025 en el municipio de Piraquara-PR. Se realizó un estudio retrospectivo, transversal con un enfoque cuantitativo, utilizando datos secundarios de los registros médicos relacionados a las extracciones de este elemento dental debido a lesiones cariosas. La prueba de independencia Chi-cuadrado de Pearson (X^2) para identificar áreas de mayor incidencia y verificar posibles asociaciones entre variables categóricas. El nivel de significancia fue establecido en $\alpha = 0,05$, el procesamiento de los datos se llevó a cabo por medio del software SPSS (versión 25). Los resultados mostraron 41 extracciones prematuras de primeros molares, revelando una predominancia en las mujeres, con 22 casos (53,66%), en comparación con 19 casos (46,34%) en hombres. El diente 46 fue el más frecuentemente extraído, con 19 casos (46,3%), mientras que el diente 16 tuvo la menor pérdida, con solo 5 casos (12,2%). Además, la mayor pérdida dental se observó en el arco inferior (dientes 36 y 46), totalizando 28 extracciones (68,3% del total). La región Central del municipio representó el mayor volumen absoluto de extracciones (N=23), seguida por Guarituba (N=11) y Contorno Leste (N=7). Finalmente, es evidente la necesidad de una mayor inversión en estrategias preventivas y educativas, centradas en el diagnóstico precoz de las lesiones cariosas, que permitan tratamientos menos invasivos y una mejor salud bucal a largo plazo.

Palavras chave: Diente Molar, Extracción Dental, Caries Dental, Niño.

INTRODUÇÃO

A cárie dentária é uma doença multifatorial decorrente da interação genética, ambiental e comportamental. Seus determinantes podem ser agrupados em fatores relacionados à superfície dentária, como flúor, dieta, saliva, microbiota e tempo, e em fatores ligados ao indivíduo/população, como classe social, renda, educação, conhecimento, comportamento e atitudes¹.

A má higienização bucal, uma dieta rica em carboidratos e açúcares, a presença de bactérias cariogênicas e a suscetibilidade individual do dente e do hospedeiro são os principais fatores associados ao desenvolvimento da lesão cariosa².

O equilíbrio entre fatores patológicos e protetores influencia diretamente o início e a progressão da cárie. A interação desses fatores permite classificar indivíduos e grupos em categorias de risco, o que possibilita uma abordagem de tratamento cada vez mais personalizada³.

Embora a cárie dentária seja uma doença evitável, sua distribuição é desigual e acarreta consideráveis encargos econômicos e impactos na qualidade de vida. O uso diário de creme dental com flúor é amplamente reconhecido como a principal razão para o declínio

geral da cárie em todo o mundo nas últimas décadas^{4,5}.

Durante a infância, os dentes apresentam maior vulnerabilidade ao desenvolvimento de cáries, especialmente no período de irrupção. Nesse estágio, o dente se encontra parcialmente irrompido, o que favorece o acúmulo de biofilme dental e dificulta a higienização eficaz. Essa situação é agravada pela limitada destreza da criança para realizar a escovação dentária de forma adequada⁶.

A irrupção dos primeiros molares permanentes na cavidade bucal é um processo lento e assintomático, pois esses dentes não substituem nenhum elemento dental decíduo. A lentidão e a ausência de sintomas durante esse momento podem propiciar uma interação precoce entre microrganismos e o substrato dentário, aumentando o risco de cárie⁷.

A perda dentária pode ser vista como um indicador crucial das atitudes em relação à saúde bucal, refletindo também a disponibilidade e acessibilidade dos serviços de saúde. A ausência de dentes impacta diretamente a qualidade de vida e a ingestão nutricional. Diante disso, é fundamental compreender os fatores causais e contributivos para planejar e desenvolver estratégias eficazes que previnam a exodontia precoce⁸.

O primeiro molar permanente é um dos dentes mais importantes da cavidade bucal, sendo o instrumento de mastigação dos 6 aos 12 anos, como também, um elemento que exerce a chave de oclusão. Em contrapartida, é o elemento dental que apresenta maior índice de cárie, restaurações e exodontias precoces. A ausência deste pode acarretar consequências significativas visto que o mesmo possui papel fundamental no sistema estomatognático. Além disso, o indivíduo pode apresentar danos tanto funcionais quanto estéticos⁶.

O alto custo financeiro do tratamento endodôntico frequentemente leva os responsáveis por crianças e adolescentes a optarem pela extração do dente. Esse cenário é agravado pela escassez de Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) em muitos municípios, o que limita o acesso a essa especialidade⁶.

O município de Piraquara-PR integra ao grupo **g100**, que reúne cidades brasileiras de grande porte populacional e baixa arrecadação fiscal, caracterizadas por alta vulnerabilidade social, ocupando a 89ª posição^{9,10}. O contexto socioeconômico impacta diretamente as condições de saúde bucal da população, nesse caso foi observando uma necessidade significativa na procura por atendimento com lesões avançadas da doença cárie indicando falhas nas linhas de cuidado.

Sob essa ótica, é dever do cirurgião-dentista trabalhar na promoção e manutenção da saúde bucal, bem como, instruir os pais e responsáveis sobre a importância e os cuidados relacionados ao primeiro molar permanente.

Com base nesse contexto, o estudo se justifica pela necessidade em compreender se há associação entre a perda dentária precoce e o local de residência de crianças atendidas em UBS (Unidade Básica de Saúde) do município de Piraquara, além de salientar as causas e consequências dessa perda. Compreender esses fatores é crucial para desenvolver estratégias de prevenção e tratamento mais eficazes, minimizando o impacto na saúde bucal e na qualidade de vida dos jovens.

Diante disso, o objetivo do presente estudo foi analisar a distribuição espacial da perda precoce do primeiro molar permanente em crianças e adolescentes de 10 a 15 anos, residentes em um município da região metropolitana de Curitiba-PR.

METODOLOGIA

Este estudo seguiu as normas da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde integra uma parte do projeto de pesquisa “Avaliação das condições de saúde bucal em um município da região metropolitana de Curitiba” aprovado pelo CEP-SD/UFPR, parecer 5.983.532.

Tratou-se de um estudo retrospectivo, de corte transversal, com abordagem quantitativa, realizado no município de Piraquara-PR, localizado na região metropolitana de Curitiba.

A amostra foi composta por dados secundários referentes a extrações dentárias em crianças e adolescentes, na faixa etária de 10 a 15 anos, que realizaram exodontia dos primeiros molares tendo como causa a lesão cariosa, no período de março de 2024 a março de 2025, no município de Piraquara-PR.

Os dados foram coletados a partir da análise do sistema operacional Desenvolvimento de Software e Assessoria (IDS) do município. O sistema IDS permite acessar uma ampla gama de informações odontológicas, incluindo: triagem, dados clínicos (anamnese, sinais vitais e conduta), odontograma, procedimentos realizados, prescrição medicamentosa, encaminhamentos, procedimentos solicitados, resultados de exames, registros de saída de atendimento e dados do e-SUS.

Para alcançar os objetivos propostos, foram analisados dados do relatório emitido pelo sistema operacional IDS. Os dados incluíram informações do paciente como: elemento dental extraído, idade e o sexo, além da Unidade Básica de Saúde (UBS) onde o procedimento foi realizado. Para avaliar se há associação entre as variáveis categóricas região de residência e elemento dental perdido), foi utilizado o Teste Qui-Quadrado de Independência de Pearson

(X²).

As variáveis analisadas foram: região/distrito (Central, Guarituba, Contorno Leste) e total de exodontias, dentre as hipóteses poder-se-ia encontrar a hipótese nula (H0) na qual não há associação entre as variáveis; ou seja, elas são independentes, ou ainda, hipótese alternativa (H1) em que a distribuição da frequência de extrações dos primeiros molares permanentes depende da região/distrito onde o procedimento foi realizado.

Para o tratamento dos dados foi empregado o software SPSS (versão 25). Os casos foram ponderados utilizando a variável “contagem de exodontias”. Esse procedimento foi necessário devido à coleta ter sido feita em frequências agregadas, o que totalizou os casos válidos para a análise.

Com base na abordagem metodológica e no tratamento do viés, o nível de significância adotado foi de $\alpha = 0,05$. Entretanto, identificou-se uma violação do pressuposto do teste Qui-Quadrado de Pearson, visto que 75,0% das células apresentaram uma frequência esperada inferior a 5, com a frequência mínima esperada sendo de 0,85. Dessa forma, o resultado principal para a análise de associação foi determinado pelo teste Razão de Verossimilhança, por ser mais robusto em situações de baixas frequências esperadas.

RESULTADOS

A análise dos dados do IDS referentes ao período de março de 2024 a março de 2025 resultou em um total de 41 exodontias de primeiros molares permanentes em crianças e adolescentes na faixa etária de 10 a 15 anos no município de Piraquara-PR.

A distribuição dessas perdas por sexo revelou uma ligeira predominância no sexo feminino, com 22 casos (53,66%), em comparação com 19 casos (46,34%) no sexo masculino. Observou-se que a faixa etária de 13 a 15 anos concentrou a maior perda dentária (23 casos; 56,1%), em comparação com 10 a 12 anos (18 casos; 43,9%).

A Tabela 1 detalha a distribuição das 41 exodontias por dente (16, 26, 36, 46), faixa etária e sexo em cada um dos três distritos de residência.

Tabela 1 - Procedimentos de exodontias de primeiros molares permanentes no período de março de 2024 a março de 2025, separados por distrito - Piraquara-PR, 2025.

DISTRITO	DENTE	FAIXA ETÁRIA		TOTAL	
		10 a 12 ANOS	13 a 15 ANOS	N	%

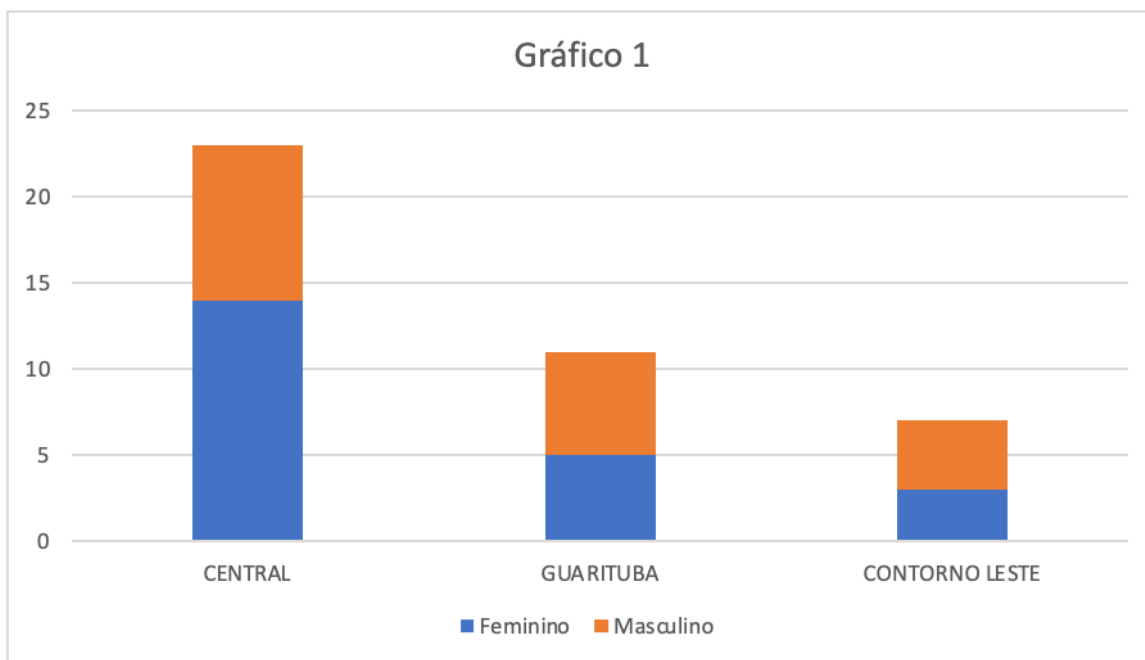
		N		N			
		F	M	F	M		
CENTRAL: OSMAR, JAMES, Nanci	16	2	0	1	0	3	13,04
	26	0	1	0	2	3	13,04
	36	5	1	0	0	6	26,09
	46	3	1	3	4	11	47,83
TOTAL		10	3	4	6	23	100,00
GUARITUBA: CAIÇARA, WANDA, MADRE	16	0	0	1	0	1	9,10
	26	0	1	2	1	4	36,36
	36	0	0	0	2	2	18,18
	46	2	1	0	1	4	36,36
TOTAL		2	2	3	4	11	100,00
CONTORNO LESTE: MACEDO E PRIMAVERA	16	0	0	1	0	1	14,29
	26	0	0	0	1	1	14,29
	36	0	0	0	1	1	14,29
	46	1	0	1	2	4	57,13
TOTAL		1	0	2	4	7	100
TOTAL GERAL		13	5	9	14	41	

Fonte: Dados da pesquisa, 2025.

O elemento 46 foi o mais extraído, com 19 casos (46,3%), distribuindo-se com frequências de 47,83% no distrito Central, 36,36% no Guarituba e 57,13% no Contorno Leste. O elemento 16 obteve o menor número de perdas, com apenas 5 casos (12,2%). Destaca-se que, a maior perda dental foi notada no arco inferior (dentes 36 e 46), somando 28 extrações (68,3% do total). A região Central foi responsável pelo maior volume absoluto de extrações (N=23), seguida por Guarituba (N=11) e Contorno Leste (N=7).

O gráfico 1 representa as exodontias dos primeiros molares separada por distrito de residência (Central, Guarituba e Contorno Leste) e por sexo.

Gráfico 1. Procedimentos de exodontias de primeiros molares permanentes no período de março de 2024 a março de 2025, separados por distrito e sexo - Piraquara-PR, 2025.



Fonte: Dados da pesquisa, 2025.

Foi observada a ocorrência da perda de mais de um elemento dental em cinco crianças/adolescentes, sendo duas meninas e três meninos. A perda simultânea dos dentes 36 e 46 foi a mais frequente, seguida pela perda combinada dos dentes 26 e 46.

A Tabela 2 apresenta a distribuição da perda precoce do primeiro molar permanente, estratificada entre os três distritos em Piraquara-PR (Central, Guarituba e Contorno Leste). O distrito Central concentra a maioria das perdas registradas (N=23, 56,1%), seguido por Guarituba (N=11, 26,8%) e Contorno Leste (N=7, 17,1%).

Tabela 2. Prevalência da perda precoce do primeiro molar permanente por distrito de saúde em Piraquara-PR, 2025.

em 19 de março de 2023.

		Elemento Dental Perdido				Total	
		16	26	36	46		
Distrito de Residência	Central	Contagem	3	3	6	11	23
		Contagem Esperada	2,8	4,5	5,0	10,7	23,0
		Resíduos ajustados	,2	-1,2	,7	,2	
	Guarituba	Contagem	1	4	2	4	11
		Contagem Esperada	1,3	2,1	2,4	5,1	11,0
		Resíduos ajustados	-,4	1,6	-,4	-,8	
	Contorno Leste	Contagem	1	1	1	4	7
		Contagem Esperada	,9	1,4	1,5	3,2	7,0
		Resíduos ajustados	,2	-,4	-,5	,6	
		Total	Contagem	5	8	9	19
		Contagem Esperada	5,0	8,0	9,0	19,0	41,0

Fonte: Dados da pesquisa, 2025.

Testes qui-quadrado			
	Valor	Gl	Significância Assintótica (Bilateral)
Qui-quadrado de Pearson	3,179 ^a	6	,786
Razão de verossimilhança	2,961	6	,814
Associação Linear por Linear	,013	1	,908
N de Casos Válidos	41		
9 células (75,0%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é 0,85.			

Uma vez que o valor p em ambos os testes ($p > 0,05$) foi superior ao nível de significância estabelecido, a hipótese nula de independência não foi rejeitada. Consequentemente, não foi identificada associação estatisticamente significativa entre a região de residência (Central, Guarituba, Contorno Leste) e o elemento dental extraído (16, 26, 36, 46).

Os dados sugerem que não há uma associação estatisticamente significativa entre a região de residência (Central, Guarituba, Contorno Leste) e o elemento extraído dental (16, 26, 36, 46) considerando as contagens observadas no período. As diferenças na distribuição dos dentes perdidos podem ser devidas puramente ao acaso e não a uma diferença real entre os distritos.

DISCUSSÃO

A análise da perda precoce do primeiro molar permanente é fundamental para o planejamento de intervenções, pois, além dos diversos problemas acarretados por essa ausência, a perda indica a falha no tratamento preventivo¹¹.

No presente estudo, o elemento com maior número de exodontias foi o 46, totalizando 19, distribuindo-se com maior frequências no distrito Central, seguido pelo Guarituba e Contorno Leste. O elemento 16 obteve o menor número de perdas, logo podemos notar maior perda dental na arcada dentária inferior, resultado que corrobora com os achados de Silva⁷. Não se sabe ao certo os motivos da maior prevalência de lesão cariosa em molares inferiores, no entanto tendo como base a cronologia de erupção, esses elementos irrompem mais cedo que os superiores, em ambos os sexos¹², o que faz com que fiquem exposto aos fatores cariogênicos por um período de tempo maior.

Em relação ao sexo observou-se maior perda dental no sexo feminino em comparação com 19 no masculino, estando de acordo com o estudo de Silva⁷, no entanto, ao contrário dos

achados de Llena e Calabuig¹³. Tal diferença pode ser explicada pelo fato da erupção desse elemento dental ocorrer primeiramente em meninas, sendo assim, inicia o contato com fatores causadores da doença mais precocemente¹². Além disso, as mulheres em geral, demonstrarem maior cuidado com a própria saúde, buscando com mais frequência os serviços de saúde e, conseqüentemente, sendo mais submetidas a tratamentos⁷.

A faixa etária de 13 a 15 anos concentrou a maior perda dentária em comparação com 10 a 12 anos. Esse resultado pode ser decorrente pelo maior tempo de permanência dos dentes na cavidade bucal, o que implica em um período mais longo de exposição aos fatores patológicos relacionados ao desenvolvimento da doença.

O distrito Central foi responsável pelo maior volume absoluto de extrações, seguida por Guarituba e Contorno Leste. O distrito Central é o que apresenta melhores condições socioeconômicas à população, no entanto os resultados encontrados neste estudo não refletem essas condições.

Verificou-se a ocorrência de perda de mais de um elemento dental em 5 crianças/adolescentes, sendo duas meninas e três meninos. A perda simultânea dos dentes 36 e 46 foi a mais frequente, seguida pela perda combinada dos dentes 26 e 46. A exodontia múltipla de dentes permanentes é motivo de preocupação e reforça a necessidade de implementar programas preventivos voltados para esse grupo etário⁵.

Em relação a análise estatística, não foi possível observar uma associação estatisticamente significativa entre a região de residência e os elementos dentais extraídos, podendo ser justificado pelo pequeno número amostral, porém, em vista da saúde bucal e bem estar geral do paciente esperava-se que não houvesse perda dentária, tendo em consideração a importância desse elemento dental e as consequências da perda precoce. Assim sendo, é de suma importância reforçar as estratégias de promoção de saúde bucal e a prevenção de exodontias precoces⁴.

A ausência do primeiro molar, por sua vez, pode causar sérias alterações morfológicas e funcionais. Dentre elas, desvio da linha média, a migração mesial dos segundos molares e distúrbios de oclusão, como sobremordida e mordida cruzada. Ademais, isso pode levar à diminuição da capacidade mastigatória, desenvolvimento de problemas periodontais⁹ e a distúrbios da articulação temporomandibular (ATM)¹⁴.

As lesões cuja abordagem é postergada comprometem a qualidade de vida do indivíduo, gerando dor, dificuldade de alimentação, distúrbios do sono e a necessidade de atendimentos odontológicos de urgência¹⁵. O manejo tardio desses casos pode ser considerado mutilador, além de evidenciar a incapacidade do serviço na intervenção da prevenção da

doença¹¹.

CONCLUSÃO

A perda dentária em uma região específica reflete atitudes prevalentes em relação à saúde bucal, como a disponibilidade e acessibilidade aos serviços, além do nível de conhecimento dessa população acerca do assunto.

Observa-se que no município de Piraquara-PR a perda do primeiro molar precoce é um desafio diário para o cirurgião-dentista, uma vez que o município não dispõe de especialista na área de endodontia e poucos pacientes possuem condições financeiras para realizar o tratamento endodôntico, frequentemente optando pela exodontia para alívio da dor.

Com base nas funcionalidades do primeiro molar permanente e nas consequências de sua perda precoce, torna-se evidente que o município de Piraquara-PR invista na vigilância em saúde bucal, visto que esta é fundamental para monitorar o perfil epidemiológico da população, permitindo planejamento de ações preventivas e o controle de doenças. Além de que integra a saúde bucal à saúde geral, reduzindo riscos de doenças sistêmicas e melhorando a qualidade de vida ao priorizar a prevenção e o acesso a serviços.

Ademais, destaca-se a necessidade da longitudinalidade do cuidado no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS), assegurando o acompanhamento do usuário ao longo de seu ciclo de vida, com ações contínuas, integrais e resolutivas. Essa prática fortalece o vínculo entre usuário e equipe de saúde, promove a coordenação do cuidado, assegura a atenção integral e contribui para melhor qualidade do cuidado.

Por fim, reconhece-se a importância da implementação de um Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) para assegurar a integralidade do cuidado ao usuário, bem como o fortalecimento do Programa Saúde na Escola (PSE), com o objetivo de intensificar ações educativas e preventivas em saúde bucal.

REFERÊNCIAS

1. Maltz M, Tenuta LMA, Groisman S, Cury JA. Cariologia: conceitos básicos, diagnóstico e tratamento não restaurador. São Paulo: Artes Médicas; 2016.
2. Silva GS, Cunha TCR, Guimarães TGF. Uso de flúor como prevenção e tratamento para cárie: revisão de literatura. Research, Society and Development. 2022;11(10):e289111032848. doi: 10.33448/rsd-v11i10.32848

3. Pitts NB, Zero DT, Marsh PD, Ekstrand K, Weintraub JA, Ramos-Gomez F, et al. Dental caries. *Nat Rev Dis Primers*. 2017;3:17030.
4. Pitts NB, Twetman S, Fisher J, Marsh PD. Understanding dental caries as a non-communicable disease. *Br Dent J*. 2021;231(12):749-53. doi: 10.1038/s41415-021-3775-4.
5. Mathur VP, Dhillon JK. Dental caries: a disease which needs attention. *Indian J Pediatr*. 2018;85(3):202-6. doi: 10.1007/s12098-017-2381-6.
6. Oliveira JJT, Dantas MDF, Borro Bijela MF, Carvalho PRM, Jacob RJ, Silva DS, et al. Early loss of first permanent molar. *Rev FT*. 2023;27(123). doi: 10.5281/zenodo.8034961.
7. Silva AJ, Santos LCL, Sá JMA, Andrade BRB, Ponzi EAC, Barreira AK. Perda de primeiros molares permanentes em crianças e adolescentes atendidos na Clínica-Escola de Odontologia – UFPE. *Rev Eletron Acervo Saude*. 2019;11(17):e1580. doi: 10.25248/reas.e1580.2019.
8. Samuel SS, Selvaraj DS, Ebenezer J, Rebekah G, Koshy S. Nature and pattern of primary teeth extractions in a tertiary care hospital setting in South India. *Indian J Dent Res*. 2018;29(2):186-9. doi: 10.4103/ijdr.IJDR_195_17.
9. Amancio LS, Schemiko LB, Retondario A. Ambiente alimentar em um território de vulnerabilidade social em Piraquara-PR. *Saude Debate*. 2024;48(141):e8575. doi: 10.1590/2358-289820241418575P
10. Frente Nacional de Prefeitos (FNP). g100: um grupo formado pelas fragilidades do sistema federativo do Brasil. Nota técnica. Brasília: Frente Nacional de Prefeitos; 2020.
11. Souza GCA.; Roncalli, AG. Perda do primeiro molar permanente e necessidade de tratamento endodôntico aos 12 anos no Brasil. *Tempus – Actas de Saúde Coletiva*, Brasília, v. 13, n. 3, p. 9–23, jul. 2020. DOI: 10.18569/tempus.v13i3.2
12. Sulzler KE, Kramer IV, Menoli AP, Lazzarin HC. Cronologia de erupção do primeiro molar permanente em crianças dos municípios de Santa Helena e Três Barras do Paraná, PR/Brasil. *Rev Bras Cienc Saude*. 2018;22(3):189-94. doi: 10.4034/RBCS.2018.22.03.01.
13. Llena C, Calabuig E. Fatores de risco associados a novas lesões de cárie em dentes permanentes – primeiros molares em crianças: um estudo de coorte histórica com acompanhamento de cinco anos. *Clin Oral Investig*. 2018;22(3):1579-86. doi: 10.1007/s00784-017-2253-5.
14. Assis VKS.; Cardoso, FL.; Oliveira, KCF.; Pereira, SP. A perda precoce dos dentes associada a fatores socioeconômicos, sociais e o impacto na qualidade de vida - revisão de literatura. *Anais do Seminário Científico do UNIFACIG*, v. 6, n. 2, 2021.
15. Batista TRDM.; Vasconcelos, MG.; Vasconcelos, RG. Fisiopatologia da cárie dentária: entendendo o processo cariioso. *Salusvita*, Bauru, v. 39, n. 1, p. 169-187, 2020.