

Luciano Cicero da Silva



Gestão em Saúde:

estrutura, processos e resultados

Luciano Cicero da Silva
(Organizador)

Gestão em Saúde: estrutura, processos e resultados

Ponta Grossa
2023

Direção Editorial

Prof.º Dr. Adriano Mesquita Soares

Organizador

Prof.º Me. Luciano Cicero da Silva

Capa

AYA Editora©

Revisão

Os Autores

Executiva de Negócios

Ana Lucia Ribeiro Soares

Produção Editorial

AYA Editora©

Imagens de Capa

br.freepik.com

Área do Conhecimento

Ciências da Saúde

Conselho Editorial

Prof.º Dr. Adilson Tadeu Basquerote Silva

Universidade para o Desenvolvimento do Alto Vale do Itajaí

Prof.º Dr. Aknaton Toczec Souza

Centro Universitário Santa Amélia

Prof.ª Dr.ª Andréa Haddad Barbosa

Universidade Estadual de Londrina

Prof.ª Dr.ª Andreia Antunes da Luz

Faculdade Sagrada Família

Prof.º Dr. Argemiro Midonês Bastos

Instituto Federal do Amapá

Prof.º Dr. Carlos López Noriega

Universidade São Judas Tadeu e Lab. Biomecatrônica - Poli - USP

Prof.º Me. Clécio Danilo Dias da Silva

Centro Universitário FACEX

Prof.ª Dr.ª Daiane Maria De Genaro Chirolí

Universidade Tecnológica Federal do Paraná

Prof.ª Dr.ª Danyelle Andrade Mota

Universidade Federal de Sergipe

Prof.ª Dr.ª Déborah Aparecida Souza dos Reis

Universidade do Estado de Minas Gerais

Prof.ª Ma. Denise Pereira

Faculdade Sudoeste – FASU

Prof.ª Dr.ª Eliana Leal Ferreira Hellvig

Universidade Federal do Paraná

Prof.º Dr. Emerson Monteiro dos Santos

Universidade Federal do Amapá

Prof.º Dr. Fabio José Antonio da Silva

Universidade Estadual de Londrina

Prof.º Dr. Gilberto Zammar

Universidade Tecnológica Federal do Paraná

Prof.ª Dr.ª Helenadja Santos Mota

Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia Baiano, IF Baiano - Campus Valença

Prof.ª Dr.ª Heloísa Thaís Rodrigues de Souza

Universidade Federal de Sergipe

Prof.ª Dr.ª Ingridi Vargas Bortolaso

Universidade de Santa Cruz do Sul

Prof.ª Ma. Jaqueline Fonseca Rodrigues

Faculdade Sagrada Família

Prof.ª Dr.ª Jéssyka Maria Nunes Galvão

Faculdade Santa Helena

Prof.º Dr. João Luiz Kovaleski

Universidade Tecnológica Federal do Paraná

Prof.º Dr. João Paulo Roberti Junior

Universidade Federal de Roraima

Prof.º Me. Jorge Soistak

Faculdade Sagrada Família

Prof.º Dr. José Enildo Elias Bezerra

Instituto Federal de Educação Ciência e Tecnologia do Ceará, Campus Ubajara

Prof.ª Dr.ª Karen Fernanda Bortoloti

Universidade Federal do Paraná

Prof.ª Dr.ª Leozenir Mendes Betim

Faculdade Sagrada Família e Centro de Ensino Superior dos Campos Gerais

Prof.ª Ma. Lucimara Glap

Faculdade Santana

Prof.º Dr. Luiz Flávio Arreguy Maia-Filho

Universidade Federal Rural de Pernambuco

Prof.º Me. Luiz Henrique Domingues

Universidade Norte do Paraná

Prof.º Dr. Milson dos Santos Barbosa

Instituto de Tecnologia e Pesquisa, ITP

Prof.º Dr. Myller Augusto Santos Gomes

Universidade Estadual do Centro-Oeste

Prof.ª Dr.ª Pauline Balabuch

Faculdade Sagrada Família

Prof.º Dr. Pedro Fauth Manhães Miranda

Universidade Estadual de Ponta Grossa

Prof.º Dr. Rafael da Silva Fernandes

Universidade Federal Rural da Amazônia, Campus Parauapebas

Prof.ª Dr.ª Regina Negri Pagani

Universidade Tecnológica Federal do Paraná

Prof.º Dr. Ricardo dos Santos Pereira

Instituto Federal do Acre

Prof.ª Ma. Rosângela de França Bail

Centro de Ensino Superior dos Campos Gerais

Prof.º Dr. Rudy de Barros Ahrens

Faculdade Sagrada Família

Prof.º Dr. Saulo Cerqueira de Aguiar Soares

Universidade Federal do Piauí

**Prof.ª Dr.ª Silvia Aparecida Medeiros
Rodrigues**

Faculdade Sagrada Família

Prof.ª Dr.ª Silvia Gaia

Universidade Tecnológica Federal do Paraná

**Prof.ª Dr.ª Sueli de Fátima de Oliveira
Miranda Santos**

Universidade Tecnológica Federal do Paraná

Prof.ª Dr.ª Thaisa Rodrigues

Instituto Federal de Santa Catarina

© 2023 - **AYA Editora** - O conteúdo deste Livro foi enviado pelos autores para publicação de acesso aberto, sob os termos e condições da Licença de Atribuição *Creative Commons* 4.0 Internacional (**CC BY 4.0**). As ilustrações e demais informações contidas nos capítulos deste Livro, bem como as opiniões nele emitidas são de inteira responsabilidade de seus autores e não representam necessariamente a opinião desta editora.

G3937 Gestão em saúde: estrutura, processos e resultados [recurso eletrônico]. / Luciano Cícero da Silva (organizador). -- Ponta Grossa: Aya, 2023. 101 p.

Inclui biografia
Inclui índice
Formato: PDF
Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader
Modo de acesso: World Wide Web
ISBN: 978-65-5379-273-9
DOI: 10.47573/aya.5379.2.198

1. Saúde. 2. Administração dos serviços de saúde. 3. Dor crônica - Tratamento. 4. Política farmacêutica - Brasil. 5. Violência contra as mulheres. I. Silva, Luciano Cícero da. II. Título

CDD: 610

Ficha catalográfica elaborada pela bibliotecária Bruna Cristina Bonini - CRB 9/1347

International Scientific Journals Publicações de Periódicos e Editora LTDA

AYA Editora©

CNPJ: 36.140.631/0001-53
Fone: +55 42 3086-3131
WhatsApp: +55 42 99906-0630
E-mail: contato@ayaeditora.com.br
Site: <https://ayaeditora.com.br>
Endereço: Rua João Rabello Coutinho, 557
Ponta Grossa - Paraná - Brasil
84.071-150

SUMÁRIO

Apresentação..... 9

01

Propostas de melhorias na biossegurança dos laboratórios dos cursos da saúde em Universidade Federal 10

Joanilson Andrade Freire Junior
Zuleika Santiago de Medeiros Carneiro
Gilberto Francisco Carvalho Junior
Ana Caroline Gonçalves de Sá Novaes
Erminiana Damiani de Mendonça

DOI: 10.47573/aya.5379.2.198.1

02

Inteligência emocional e resiliência: habilidades para um profissional líder de sucesso..... 19

Daniela Vital Lara
Olívia Maria Villefort França

DOI: 10.47573/aya.5379.2.198.2

03

Sistema de informação no desenvolvimento político social do sistema educacional relacionado a gestão do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) 26

Amauri Teixeira Martins

DOI: 10.47573/aya.5379.2.198.3

04

Assistência farmacêutica: os avanços e desafios na atenção primária de saúde no nordeste do Brasil..... 33

Francisco Edecleidson Amancio de Moura
Maria das Graças Prianti

DOI: 10.47573/aya.5379.2.198.4

05

Apontamentos para Política Pública de Saúde através de dados de judicialização – Estado da Bahia, Brasil.. 44

Andrea Machado Teixeira Dias

DOI: 10.47573/aya.5379.2.198.5

06

Perfil epidemiológico da violência contra a mulher no Brasil 61

Vanessa Dias Gomes do Prado
Maria Pena Alves Melo
Nagma Nascimento Prado
Gisele Pereira Correia
Elma Rodrigues dos Santos Martins
Farlene Vieira Silva
Giselda Lourismar Pereira Correia
Aiane Mara da Silva
Meire Raquel Paiva Vasconcelos da Silveira
Cláudia Pereira Rocha
Luana Gonçalves de Oliveira
Thays Peres Brandão

DOI: 10.47573/aya.5379.2.198.6

07

Importância da prevenção e tratamento da dor crônica 69

Ana Beatriz Vedana dos Santos
Anna Luiza Dinon
Eduardo Baldin Jaworski
João Vitor Ernica Gomes
Thacyanne Marques das Mercês
Erick Daniel Shockness
Gabriella Luchtenberg
João Pedro Facundo Martins
DOI: 10.47573/aya.5379.2.198.7

08

Infecção pelo vírus da hepatite B 80

Ana Clara Linhares Almeida
Daianny Silveira Gandra
Maria Esther Bicalho Lessa
Gustavo Neves de Oliveira
Letícia Duarte Ananinas
Mariana Taynara Mulano Nogueira
Marina Reis Caetano de Oliveira
Rebeca Laranjeira Branco
DOI: 10.47573/aya.5379.2.198.8

09

Modelo de avaliação da melhoria da qualidade em saúde: estrutura, processo e resultados 85

Luciano Cicero da Silva
DOI: 10.47573/aya.5379.2.198.9

Organizador 95

Índice Remissivo 96

Apresentação

É com muita satisfação que apresento essa obra intitulada “**Gestão em saúde: estrutura, processos e resultados**”. Esta obra conta o resultado do trabalho de um grupo de especialistas na área de saúde que trabalham e desenvolvem pesquisas voltadas para as práticas de segurança do paciente.

As estratégias voltadas para a gestão e qualidade em saúde são oportunidades fundamentais que os gestores e profissionais de saúde possuem para garantir um atendimento com o paciente no centro e garantindo um cuidado prestado de forma fortalecer barreiras e processos da jornada do paciente

Podemos perceber ao longo deste trabalho, a diversidade de estratégias e práticas que são verdadeiros cases que podem ser adotados e adaptados a realidade de cada serviço. Sendo assim, este livro tem a proposta fundamental de contribuir com a promoção de um cuidado seguro.

Espero que através desse trabalho, o leitor possa ampliar seus conhecimentos sobre as estratégias e práticas de segurança do paciente, além de aproveitar as metodologias e estratégias aqui contidas para disseminar a cultura de segurança do paciente!

Boa leitura!

Prof.º Me. Luciano Cicero da Silva

Propostas de melhorias na biossegurança dos laboratórios dos cursos da saúde em Universidade Federal

Proposals for improvements in the biosafety of laboratories in health courses at the Federal University

Joanilson Andrade Freire Junior

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6195-9539>

Universidade Federal do Tocantins, Brasil

Zuleika Santiago de Medeiros Carneiro

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7533-2224>

Universidade Federal do Tocantins, Brasil

Gilberto Francisco Carvalho Junior

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5440-9192>

Universidade Federal do Tocantins, Brasil

Ana Caroline Gonçalves de Sá Novaes

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3350-5676>

Universidade Federal do Tocantins, Brasil

Erminiana Damiani de Mendonça

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9913-2350>

Universidade Federal do Tocantins, Brasil

RESUMO

A biossegurança compreende um conjunto de ações destinadas a prevenir, controlar, mitigar ou eliminar riscos inerentes às atividades que possam interferir ou comprometer a qualidade de vida, a saúde humana e o meio ambiente. Diante do exposto, o estudo buscou revisar a biossegurança e elaborar propostas que contribuíssem para a padronização dos laboratórios dos cursos da saúde de uma universidade do Tocantins. O trabalho propôs uma pesquisa qualitativa, descritiva, por meio de um estudo de caso. Devido a essa característica constituiu do levantamento e análise de dados e documentos sobre a situação atual da biossegurança dos laboratórios. A metodologia também envolveu uma pesquisa bibliográfica referencial, no sentido de fornecer embasamento teórico ao estudo, bem como encontrar subsídios para contribuir com o aprimoramento do gerenciamento da biossegurança. A Universidade tem adotado diversas



medidas com o objetivo de se adequar às normas de biossegurança, todavia o presente estudo evidencia que a instituição necessita de maior adequação. Foi possível inferir que os laboratórios de ensino e pesquisa da área da saúde em uma universidade do Tocantins necessitam de melhorias no que se refere à biossegurança. Tais mudanças devem ser adotadas não apenas no âmbito de estrutura física, mas também no que diz respeito à educação e informação direcionada aos usuários. Pôde-se perceber a necessidade de conscientização institucional e acadêmica, além de novos estudos com essa abordagem de modo a fomentar as melhorias nos ambientes laboratoriais.

Palavras-chave: biossegurança. laboratório de ensino. prevenção. riscos ocupacionais.

ABSTRACT

Biosafety comprises a set of actions aimed at preventing, controlling, mitigating or eliminating risks inherent in activities that may interfere with or compromise the quality of life, human health and the environment. Given the above, the study sought to review biosafety and elaborate proposals that would contribute to the standardization of laboratories in health courses at a university in Tocantins. The study proposed a qualitative, descriptive research, through a case study. Due to this characteristic, it consisted of the survey and analysis of data and documents on the current situation of biosafety in laboratories. The methodology also involved a referential bibliographical research, in order to provide a theoretical basis for the study, as well as find subsidies to contribute to the improvement of biosafety management. The University has adopted several measures with the aim of adapting to biosafety standards, however the present study shows that the institution needs greater adequacy. It was possible to infer that teaching and research laboratories in the health area at a university in Tocantins need improvements in terms of biosafety. Such changes must be adopted not only in terms of physical structure, but also with regard to education and information directed to users. It was possible to perceive the need for institutional and academic awareness, as well as new studies with this approach in order to foster improvements in laboratory environments.

Keywords: biosafety. teaching laboratory. prevention. occupational hazards.

RESUMEN

La bioseguridad comprende un conjunto de acciones encaminadas a prevenir, controlar, mitigar o eliminar los riesgos inherentes a las actividades que pueden interferir o comprometer la calidad de vida, la salud humana y el medio ambiente. Teniendo en cuenta lo anterior, el estudio buscó revisar la bioseguridad y elaborar propuestas que contribuyan a la estandarización de los laboratorios en los cursos de salud en una universidad de Tocantins. El trabajo propuso una investigación cualitativa, descriptiva, a través de un estudio de caso. Por esta característica consistió en el levantamiento y análisis de datos y documentos sobre la situación actual de la bioseguridad en los laboratorios. La metodología también implicó una investigación bibliográfica referencial, con el fin de proporcionar una base teórica para el estudio, así como encontrar subsidios para contribuir a la mejora de la gestión de la bioseguridad. La Universidad ha adoptado varias medidas con el objetivo de adecuarse a las normas de bioseguridad, sin embargo el presente estudio demuestra que la institución

necesita una mayor adecuación. Fue posible inferir que los laboratorios de enseñanza e investigación del área de la salud en una universidad de Tocantins necesitan mejoras en términos de bioseguridad. Dichos cambios deben adoptarse no sólo en términos de estructura física, sino también en lo que respecta a la educación e información dirigida a los usuarios. Se pudo percibir la necesidad de sensibilización institucional y académica, así como de nuevos estudios con este enfoque para propiciar mejoras en los ambientes de laboratorio.

Palabras clave: bioseguridad. laboratorio de enseñanza. prevención. riesgos laborales.

INTRODUÇÃO

A biossegurança compreende um conjunto de ações destinadas a prevenir, controlar, mitigar ou eliminar riscos inerentes às atividades que possam interferir ou comprometer a qualidade de vida, a saúde humana e o meio ambiente. Caracteriza-se como estratégica e essencial para a pesquisa e o desenvolvimento sustentável sendo de fundamental importância para avaliar e prevenir os possíveis efeitos adversos de novas tecnologias à saúde (BRASIL, 2010).

Em 1976, nos EUA, o National Institute of Health (NIH) divulgou novas propostas de biossegurança relacionadas ao trabalho em laboratórios (ANDRADE, 2018). No Brasil, desde a instituição das escolas médicas e da ciência experimental, no século XIX, vêm sendo elaboradas noções sobre os benefícios e riscos inerentes à realização do trabalho científico, em especial nos ambientes laboratoriais. No país só se estruturou, como área específica, nas décadas de 1970 e 1980, em decorrência do grande número de relatos de graves infecções ocorridas em laboratórios (PENNA, 2010).

A criação de uma legislação específica passou a exigir que pesquisadores e colaboradores sigam protocolos a fim de promover maior proteção e prevenção aos possíveis danos que possam vir a acometer a saúde humana. Nesse aspecto, a Lei nº 11.105, 24 de março de 2005, Art. 2º cita que as instituições privadas ou públicas, nas quais são desenvolvidas atividades ligadas ao estudo e pesquisa científicas com fim didático e de produção que proporcione parâmetros para o ensino, desenvolvimentos de biotecnologia que neles estejam sendo utilizados organismos geneticamente modificados no âmbito nacional brasileiro, terão de se responsabilizar pelos seus efeitos e consequências cabíveis aos preceitos impostos pela lei e suas regulamentações que devem ser cumpridas (BRASIL, 2011).

Em ambientes como hospitais, clínicas e consultórios, a maior preocupação é com a assistência direta à saúde dos pacientes, enquanto a saúde ocupacional é, às vezes, negligenciada. Shakoore *et al.* (2016) citam como possíveis causas a falta de treinamento, a inexistência de tempo reservado para ações de biossegurança, a ausência de supervisão, ou ainda a escassez de conscientização sobre os riscos a que o trabalhador e o usuário estão submetidos.

Para Araújo e Vasconcelos (2004), o cumprimento dos parâmetros de biossegurança é particularmente crítico em laboratórios de pesquisa e ensino devido à alta rotatividade de usuários – professores, pesquisadores, estagiários, alunos de graduação e pós-graduação e funcionários de manutenção. Shakoore *et al.* (2016) apresentam na sua pesquisa a falta de

conhecimento por parte da maioria dos entrevistados e usuários de laboratório, esse é um ponto que deve ser explorado e corrigido por parte dos seus superiores, no qual também são os responsáveis pela segurança dos seus subordinados e atendidos.

Pensando-se no ambiente educacional, as diversas atividades didáticas e experimentais expõem os usuários a variados riscos associados à manipulação de instrumentos perfurocortantes, produtos químicos (solventes, tóxicos, abrasivos, irritantes, inflamáveis, voláteis, cáusticos, entre outros), à exposição a incêndios, ruídos, eletricidade, radiação e, especialmente, a microrganismos patogênicos ao homem.

A preocupação com a biossegurança está associada ao surgimento de novas doenças ou reemergência de doenças que já estavam sob controle, assim o treinamento e educação sobre a epidemiologia, patogenicidade e riscos biológicos dos microrganismos envolvidos podem prevenir ou diminuir o risco (COELHO E DIÉZ, 2015; ALMEIDA *et al.*, 2020).

Devido ao fator humano estar implicado às causas de acidentes em laboratórios, o maior esforço deve estar direcionado aos aspectos de educação em biossegurança, que devem estar presentes no cotidiano das instituições de ensino. Salienta-se que alguns indivíduos tendem somente a levar em consideração a execução das atividades e menosprezar os riscos, sendo que esta postura não pode ser admitida em qualquer ambiente laboratorial. Para que um programa de educação em biossegurança seja efetivo, é necessário que todos os usuários dos laboratórios estejam devidamente informados acerca dos princípios de biossegurança, bem como aptos a colocá-los em prática de maneira correta, a fim de manter o ambiente seguro (SANGIONI, 2013).

Em diferentes recintos laboratoriais, há situações de perigo e risco; portanto, é necessário sempre agir baseado no princípio básico da biossegurança, isto é, no princípio da precaução. A prevenção de acidentes demanda principalmente do uso correto dos equipamentos de proteção individual (EPI's) e equipamentos de proteção coletivo (EPC's), treinamentos dos recursos humanos, adoção das normas e procedimentos de biossegurança (SANGIONI, 2013; SILVA *et al.*, 2021).

Diante do exposto e também fortalecidos pelos resultados encontrados no trabalho de Shakoore *et al.* (2016) o presente estudo buscou revisar a biossegurança e elaborar propostas que contribuíssem para a padronização dos laboratórios dos cursos da saúde do campus de uma universidade do Tocantins, de acordo com as regras estabelecidas pela Política Nacional de Biossegurança. Nesse sentido, tornou-se relevante essa pesquisa, tendo como foco principal a saúde dos usuários, uma vez que os profissionais e estudantes da área da saúde estão expostos a diversos riscos no ambiente laboratorial, com exposição mais contínua aos riscos biológicos, podendo acarretar prejuízos à saúde dos mesmos.

Os três princípios fundamentais: “LOCAL - PESSOAS - FAZER SENTIDO”, propostos por Dickmann *et al.* (2015) como um modelo para a tomada de decisões de política internacional sobre a melhoria da biossegurança consistem na capacitação de acordo com as necessidades (locais) com ênfase no relacionamento e construção de confiança (pessoas) e resultado e medição de impacto (fazer sentido). Tais princípios promoveram a reflexão dos participantes envolvidos neste projeto, no que tange às

propostas para melhorias na biossegurança dos laboratórios envolvidos. Após observar algumas necessidades, o presente trabalho tem como objetivo principal propor melhorias na biossegurança do complexo de laboratórios dos cursos da saúde em uma universidade do Tocantins. Com base na regulamentação técnica (RT) de biossegurança, layout estrutural e análises de documentos como, os procedimentos operacionais padrão (POP's) dos laboratórios observados: Microbiologia Clínica e Parasitologia Humana; Anatomia; Bioquímica, Imunologia e Genética; Citologia, Histologia e Anatomia Patológica; Técnica Cirúrgica e Simulação Cirúrgica.

METODOLOGIA

O trabalho propôs uma pesquisa qualitativa, descritiva, por meio de um estudo de caso. Devido a essa característica constituiu do levantamento e análise de dados e documentos sobre a situação atual da biossegurança dos laboratórios. Para Pereira *et al.* (2018), pesquisa qualitativa, em geral, ocorre no ambiente natural com coleta direta de dados e o pesquisador é o principal instrumento e os dados coletados são preferencialmente descritivos. A metodologia também envolveu uma pesquisa bibliográfica referencial, no sentido de fornecer embasamento teórico ao estudo, bem como encontrar subsídios para contribuir com o aprimoramento do gerenciamento da biossegurança. O registro dos acidentes de trabalho é de muita importância (SANTOS *et al.*, 2008). Isso justifica a importância da leitura do inventário de ocorrências, arquivado nos laboratórios e/ou na coordenação dos laboratórios, que auxilia na configuração dos riscos mais pertinentes para cada ambiente e que devem ter uma atenção especial na prevenção, controle, minimização ou eliminação do risco. A revisão do manual de biossegurança do complexo de laboratórios procurou-se verificar a necessidade de possíveis adequações no manual de biossegurança, analisando o inventário de acidentes, roteiros de aulas práticas e manuais de outras universidades, assim como sugestões oriundas da consulta com alguns professores, comissão de biossegurança da universidade e a Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA). Foi observado também as informações visuais nas entradas de cada laboratório, sendo importante informar quais os riscos e EPIs necessários para permanência naquele laboratório, além de placas ou adesivos com informações complementares no ambiente interno e externo, como por exemplo: proibido comer; lixo comum; uso de extintor em pó; telefones úteis de emergência. Ademais, foi realizado um minicurso na modalidade EAD (educação a distância) com o tema “Biossegurança em Saúde”, disponibilizado em uma plataforma digital de eventos da instituição, com abordagem pertinente à biossegurança nos laboratórios.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

De acordo com Sangioni (2013), as atividades de ensino, pesquisa e extensão praticadas nos laboratórios de ensino de microbiologia e parasitologia das universidades brasileiras abrangem as diferentes áreas do conhecimento e no seu desenvolvimento existe a presença de riscos. Esse fato demanda a necessidade de normas de segurança destinadas à análise e desenvolvimento de estratégias para minimizá-los, sendo essa a principal função da biossegurança. Nesse contexto, a universidade estudada tem adotado diversas medidas com o objetivo de se adequar às normas de biossegurança, todavia o

presente estudo evidencia que a instituição necessita corrigir os quesitos detalhados a seguir.

Durante a etapa de análise documental foi possível observar que o manual de prevenção e segurança para os laboratórios da universidade, com atualização realizada em 2019 pela comissão formada por técnicos de laboratório, professores e profissionais da área, segue as normas estabelecidas pelos órgãos competentes como a ANVISA e o Ministério da Saúde (2017), além de proceder de forma semelhante às principais instituições de ensino superior do Brasil.

Existem incongruências entre o que é preconizado pelo documento e o encontrado na prática. Nesse sentido, destaca-se a ausência de kits de primeiros socorros dentro de todos os laboratórios (Tabela 1), como recomenda o manual da própria universidade.

Nos laboratórios de histologia, microbiologia e imunologia, através de visitas observacionais, foi possível identificar a presença do PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO (POP) de cada um deles (Tabela 1). Para desenvolver um serviço com qualidade que seja efetivo, seguro e confiável a padronização é de fundamental importância. Deve-se seguir os Procedimentos Operacionais Padrão (POP's) que são procedimentos escritos sobre a maneira de conduzir as rotinas laboratoriais ou atividades normalmente não especificadas ou detalhadas no plano de estudo, nas metodologias e nos manuais (DE SOUZA *et al.*, 2009).

Foi notada a ausência do registro de ocorrências e acidentes (Tabela 1), uma falha importante e que deve ser corrigida, visto que é um dos quesitos constantes nos manuais e é imprescindível para a garantia da biossegurança dos usuários. Para Simões *et al.* (2003), os acidentes ocorridos, independentemente de sua dimensão, devem ser documentados e avaliados, visando à identificação das causas e possíveis correções.

Tabela 1 - Verificação dos itens relacionados à biossegurança.

LABORATORIOS	POP	REGISTRO DE OCORRENCIAS	KIT DE PRIMEIROS SOCORROS
ANATOMIA	✓	-	-
PARASITOLOGIA/MICROBIOLOGIA	✓	-	-
HISTOLOGIA/CITOLOGIA	✓	-	-
IMUNOLOGIA/GENETICA	✓	-	-
TECNICA CIRURGICA/SIMULACAO CIRURGICA	✓	-	-

Nos laboratórios de histologia, microbiologia e imunologia (Figura 1a e 1b), pode-se perceber um problema no espaço físico: as bancadas não dispõem de saídas pelos dois lados, o que pode comprometer a circulação a integridade física de alunos, professores e demais funcionários em uma eventual emergência (BRASIL, 2004).

No ambiente laboratorial, onde são desenvolvidas as atividades acerca da microbiologia e parasitologia, constatou-se outra falha grave: a utilização do Bico de Bunsen mediante a inexistência de extintor de incêndio dentro do local, o que representa alto risco para os usuários.

Ainda neste laboratório, foi observado posicionamento inadequado de equipamentos,

como por exemplo: a estufa de esterilização e secagem, colocada diretamente no piso e sem suporte, promovendo risco ergonômico para quem o manuseia.

O laboratório de técnica cirúrgica (Figura 1c) é uma das instalações mais recentes, por esse motivo destaca-se na adequação às normas vigentes, cabendo apenas correções de falhas pontuais como a ausência do kit de primeiros socorros, citado anteriormente. Esse ambiente de ensino dispõe de espaço físico adequado, além de apresentar como pontos positivos a rigorosa utilização de EPI's e as saídas alternativas, importantes em casos de emergência.

Figura 1 - Laboratórios dos cursos da Saúde de uma universidade do Tocantins. a. Laboratório de histologia e citologia; b. Laboratório de imunologia e genética; c. Laboratório de técnicas cirúrgicas.



Fonte: Próprio autor.

O laboratório de anatomia da instituição é o que necessita de maiores adequações. O local, visivelmente, apresenta diversos riscos para alunos, professores e técnicos. Por ser dividido em duas salas (uma para estudos em peças sintéticas e outra para estudos em peças anatômicas preservadas) seria prudente que houvesse, na prática, uma estrutura física independente, minimizando a exposição aos produtos químicos utilizados na preservação de cadáveres e peças avulsas. Além disso, essa divisão inadequada promove falhas quanto à utilização de EPI's por parte dos usuários, pois apesar de conter uma porta para separação das salas, não há um controle efetivo para a entrada no ambiente de maior risco.

Segundo Silva (2017), os cadáveres utilizados em aulas práticas em Laboratório de Anatomia, em face da contaminação ambiental e da manipulação durante os estudos morfoanatômicos sugerem riscos à saúde dos usuários (professores, técnicos e alunos), vez que, quando retirados dos tanques de preservação e conservação ficam expostos para aeração e liberação de odores do formol, que interferem nas atividades teórico-práticas, consistindo intenso desconforto.

No que diz respeito às informações visuais, na área dos laboratórios, percebe-se uma deficiência importante: não há uma eficiente comunicação de alerta para os riscos ou sequer para a obrigatoriedade dos EPI's. As placas contidas nas portas dos laboratórios ou até mesmo dentro do ambiente laboratorial não causam o impacto e a conscientização esperados, comprometendo as boas práticas laboratoriais. Para Legey *et al.* (2017) a educação permanente pode ser complementada com apoio de ferramentas da comunicação,

como impressos, banners, vídeos, peças publicitárias, além de documentários. É de se esperar que estas ferramentas sejam auxiliares no processo permanente e contínuo na vida profissional, permitindo que os trabalhadores da saúde atuem de acordo com as determinações das normas de biossegurança, mantendo a qualidade da assistência sem perder de vista a sua segurança pessoal.

Outro ponto abordado nesta pesquisa – ao passo que não consta, no projeto pedagógico curricular, minicurso ou disciplina obrigatória de biossegurança. Nessa perspectiva, Pereira *et al.* (2012) defende que o ensino contextualizado da biossegurança, relacionado aos saberes prévios dos alunos e aos cotidianos, pode ser uma estratégia eficaz para o desenvolvimento de competências nesse campo, que é cada vez mais exigido no mundo globalizado atual, principalmente, nas relações trabalho-saúde. E através do ensino de biossegurança contextualizado, pode ser possível conhecer as etapas evolutivas dessas relações e as medidas preventivas elaboradas ao longo do tempo. Destarte, a realização do minicurso (EaD) “Biossegurança em Saúde”, que contou com a participação de 30 indivíduos da comunidade interna e externa, mostrou-se pertinente no processo educacional acerca do tema. Foram ministradas seis palestras com os seguintes tópicos: segurança biológica dos laboratórios, gerenciamento de resíduos, limpeza, desinfecção e esterilização; EPI's; biossegurança x coronavírus.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir do presente estudo, é possível inferir que os laboratórios de ensino e pesquisa da área da saúde desta universidade do Tocantins, necessitam de melhorias no que se refere à biossegurança. Tais mudanças devem ser adotadas não apenas no âmbito de estrutura física, mas também no que diz respeito à educação e informação direcionada aos usuários. Ademais, pôde-se perceber a necessidade de conscientização institucional e acadêmica acerca do tema. Além disso, novos estudos com essa abordagem são imprescindíveis para fomentar as melhorias nos ambientes laboratoriais, através da integração de equipes de infraestrutura, corpo docente, comissões de biossegurança e acadêmicos.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA Junior, S., *et al.* (2020). Avaliação de biossegurança e caracterização de riscos ocupacionais em unidade de pronto atendimento do interior Paulista, Brasil. *Research, Society and Development*, 9(2), e74922028-e74922028.
- ANDRADE, G. B. (2018). Biossegurança no ambiente de trabalho hospitalar na ótica do enfermeiro, sob a perspectiva ecossistêmica (Master's thesis).
- ARAÚJO, E. M., & Vasconcelos, S. D. (2004). Biossegurança em laboratórios universitários: um estudo de caso na Universidade Federal de Pernambuco. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, 29, 33-40.
- BRASIL, 2017. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Gestão de Riscos e Investigação de Eventos Adversos Relacionados à Assistência à Saúde. Brasília: Anvisa. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/documents/>.

- BRASIL, 2011. Biossegurança e transgenia. – 2. ed. –, subsecretaria de Edições Técnicas, (Coleção Ambiental; v. 5) Senado Federal. Disponível em: <http://www2.senado.leg.br/bdsf/handle/id/496297>.
- BRASIL, (2010). Ministério da Saúde. Biossegurança em saúde: prioridades e estratégias de ação. Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/>.
- BRASIL, (2004). Fundação Nacional de Saúde. Diretrizes para projetos físicos de laboratórios de saúde pública – Brasília: Fundação Nacional de Saúde. Disponível em: <http://www.fiocruz.br/biosseguranca/Bis/manuais>.
- COELHO, A. C., & García Díez, J. (2015). Biological risks and laboratory-acquired infections: a reality that cannot be ignored in health biotechnology. *Frontiers in bioengineering and biotechnology*, 3, 56.
- DE CASTRO, P. G., & DE ANDRADE, C. A. (2012). Biossegurança: Responsabilidade no cuidado individual e no cuidado coletivo. *Cadernos da Escola de Saúde*, 1(7)
- DICKMANN, P., *et al.* (2015). Biosafety and biosecurity: a relative risk-based framework for safer, more secure, and sustainable laboratory capacity building. *Frontiers in public health*, 3, 241.
- LEGEY, A. P., *et al.* (2017). Produção de vídeo educativo para sensibilizar profissionais de equipe de enfermagem quanto ao uso de EPIs. *Revista Carioca de Ciência, Tecnologia e Educação*, 2(1).
- PENNA, P. M. M., *et al.* (2020). Biossegurança: uma revisão. *Arquivos do Instituto Biológico*, 77, 555-565.
- PEREIRA, A. S., *et al.* (2018). Metodologia da pesquisa científica. [E-book]. Santa Maria. Ed (pp. 3-9). UAB/NTE/UFMS. Disponível em: https://repositorio.ufsm.br/bitstream/handle/1/15824/Lic_Computacao_Metodologia-Pesquisa-Cientifica.Pdf.
- PEREIRA, M. E. D. C., *et al.* (2012). A importância da abordagem contextual no ensino de biossegurança. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17, 1643-1648.
- SANTOS, A. P. B., *et al.* (2008). Acidentes de trabalho e biossegurança no ambiente hospitalar. *Revista Educação Meio Ambiente e Saúde*, 1(3), 51-62.
- SANGIONI, L. A., *et al.* (2013). Princípios de biossegurança aplicados aos laboratórios de ensino universitário de microbiologia e parasitologia. *Ciência Rural*, 43, 91-99.
- SHAKOOR, S., *et al.* (2016). Barriers to implementation of optimal laboratory biosafety practices in Pakistan. *Health security*, 14(4), 214-219.
- SILVA, C. P. D. S. (2017). Identificação e caracterização microbiana em cadáveres sob as condições de laboratório.
- SILVA, A. P. M. P., *et al.* (2021). Dental students' biosafety knowledge and practices regarding COVID-19. *Research, Society and Development*, 10(14), e60101420387-e60101420387.
- SIMÕES, M., *et al.* (2003). O uso de equipamentos de proteção individual (EPIs) e coletiva (EPCs) nos acidentes ocorridos em um laboratório de saúde pública no período de maio de 1998 a maio de 2002. *Revista do Instituto Adolfo Lutz*, 62(2), 105-9.

Inteligência emocional e resiliência: habilidades para um profissional líder de sucesso

Daniela Vital Lara

1Graduada em Enfermagem. Especialista em Emergência, Urgência e Terapia Intensiva para Enfermeiros. Mestranda em Gestão para o Cuidado em Saúde pela Must University.

Olívia Maria Villefort França

Graduada em Enfermagem. Especialista em Cuidados Paliativos e Emergência, Urgência, Trauma e Terapia intensiva.

RESUMO

Em um mundo globalizado, em que informações chegam a nós a todo o momento e onde há uma integração social, cultural e econômica que é capaz de modificar o mercado de trabalho, o que se exige das pessoas e profissionais é muito mais que habilidade técnica. O que se exige dos profissionais e que tenham aptidão para trabalhar sob adversidades, que saibam se comunicar e que tenham suas habilidades emocionais bem desenvolvidas. Inteligência Emocional e Resiliência são habilidades essenciais para um bom líder e o desenvolvimento de uma boa equipe de trabalho. As organizações encontram desafios para promover e desenvolver essas habilidades em seus profissionais e podem fazer isso através de aplicação de treinamento, promoção de salários e pessoas e capacitação de grandes líderes. O desenvolvimento de autopercepção, autorregulação, empatia, interação e capacidade de conseguir superar dificuldades são habilidades importantes a serem desenvolvidas, principalmente àquelas que assumem um papel de liderança. Trata-se de um artigo de revisão bibliográfica que utilizou como fonte de dados as bases científicas nas bases *Scientific Eletronic Library Online* (Scielo, National Library of medicine) e *google scholar* sendo selecionados 4 artigos relacionados ao tema.

Palavras-chave: inteligência emocional. resiliência. liderança.

ABSTRACT

In a globalized world, where information reaches us at all times and where there is a social, cultural and economic integration that is capable of modifying the job market, what is required of people and professionals is much more than technical skill. What is required of professionals is that they have the aptitude to work under adversity, that they know how to communicate and that they have well-developed emotional skills. Emotional Intelligence and Resilience are essential skills for a good leader and the development of a good work team. Organizations find challenges to promote and develop these skills in their professionals and can do this by applying training, promoting salaries and people and training great leaders. The development of self-awareness, self-regulation, empathy, interaction



and the ability to overcome difficulties are important skills to be developed, especially for those who assume a leadership role. This is a bibliographical review article that used as a data source the scientific bases in the Scientific Electronic Library Online (Scielo, National Library of medicine) and google scholar bases, being selected 4 articles related to the theme.

Keywords: emotional intelligence. resilience. leadership.

INTRODUÇÃO

Vivendo em um mundo globalizado, com fácil acesso a inúmeras informações, integração econômica, social e cultural, um mercado econômico complexo e competitivo, a grande busca das pessoas tem sido o desenvolvimento de estabilidade profissional e emocional. Além das competências técnicas de cada setor, as habilidades emocionais também desempenham um papel fundamental no mundo dos negócios. No mercado econômico, as habilidades emocionais são importantes não só para fazer a diferença na interação entre os clientes, como também na construção de equipes de sucesso, em que haja uma boa interação entre os membros, auxiliando para que metas e objetivos sejam alcançados e trazendo excelentes resultados para as empresas.

Neste contexto destaca-se a inteligência emocional e Resiliência como principais habilidades emocionais requeridas no mercado de trabalho. Estas habilidades estão sendo consideradas como critérios de seleção, juntamente com as habilidades técnicas exigidas para os cargos.

Até década de 90, acreditava-se que o Quociente Intelectual era o que determinava o sucesso profissional e pessoal do indivíduo, e assim as empresas baseavam-se somente no índice de QI das pessoas para as contratações no alto escalão. Com a evolução, descobriu-se que existem diferentes fatores para determinar o sucesso profissional na empresa, dentre eles o QE (coeficiente Emocional) que cada vez se torna mais imprescindível neste processo. (LONGHI, 2016, p. 901)

O coeficiente emocional é a forma de medir as habilidades emocionais e atualmente tem o mesmo valor das habilidades técnicas nas contratações empresariais. As empresas estão cada vez mais conscientes da importância das habilidades emocionais e investindo não só em contratações de pessoas habilidosas emocionalmente como também em programas de desenvolvimento pessoal e profissionais para capacitar seus colaboradores nesta área.

A inteligência emocional envolve a capacidade de reconhecer, compreender e gerenciar as próprias emoções e as dos outros. Isso inclui habilidades como autorregulação, empatia, colaboração, comunicação eficaz e capacidade de tomada de decisão para resolução de conflitos e problemas. A resiliência pode ser definida como a capacidade de criar esperança e conseguir superar dificuldades e também como um processo de adaptação em face de adversidades, traumas, tragédias, ameaças ou fontes significativas de estresse. Essas habilidades são essenciais para criar e manter relacionamentos saudáveis no ambiente de trabalho, estabelecer conforto e alcançar resultados. Profissionais que possuem essas habilidades são capazes de manter relações de confiança, lidar com situações estressantes de forma eficaz, adaptar-se às mudanças exigidas pelo mercado e também de influenciar

positivamente outras pessoas ou um grupo.

Neste estudo iremos abordar os temas inteligência emocional e resiliência como precursores de um bom desempenho dentro das empresas e na gestão de negócios e como essas habilidades tornam os indivíduos mais aptos para lidar com suas próprias emoções e mais perseverantes diante dos desafios que apresentam em sua vida profissional e pessoal.

METODOLOGIA

O presente trabalho foi desenvolvido através de pesquisa e revisão bibliográfica através das bases *Scientific Eletronic Library Online* (SciELO, National Library of medicine) e google scholar. Selecionados 4 artigos relacionados ao tema. Os descritores da pesquisa foram: Inteligência Emocional, Resiliência e Liderança.

Como o profissional pode desenvolver sua Inteligência Emocional

O desenvolvimento da Inteligência Emocional é um processo contínuo que requer autoconsciência, reflexão e prática. Esse processo deve ser pensado de forma a evoluir o indivíduo não só profissionalmente, mas, sobretudo pessoalmente. Para Longhi (2016) os componentes da inteligência emocional são: a capacidade de perceber, avaliar e expressar completamente uma emoção, compreendendo a, controlando a, promovendo um enorme crescimento intelectual e emocional.

Teixeira *et al.* (2011) cita em seu artigo as competências emocionais e sociais básicas que são classificadas por Goleman (2001). São elas: autopercepção, autorregulação, motivação, empatia e habilidades sociais. A seguir iremos descrever cada uma delas de acordo com os autores:

Autopercepção: reconhecer e compreender seus próprios sentimentos, como eles afetam seu comportamento e suas reações e manter-se atento ao que acontece, tentando desenvolver um bom comportamento.

Autorregulação: conhecido como autocontrole, capacidade de lidar com seus próprios sentimentos e assumir responsabilidades. Tentar manter-se flexível e direcionar de modo positivo seu comportamento.

Motivação: habilidade de dirigir suas emoções, buscando satisfação profissional de forma entusiasmada, dedicação e iniciativa procurando agir diante das oportunidades e alinhando-se às metas. Realização das metas profissionais e pessoais para atingir objetivos planejados.

Empatia: Compreensão dos sentimentos e emoções dos outros, cultivando sintonia entre as pessoas e construir relacionamentos com o próximo. Perceber de fato o que acontece com o outro.

Habilidades sociais: Capacidade de se relacionar com indivíduos de diferentes personalidades, ajudando-as a verbalizar suas emoções e solucionar seus problemas identificando suas necessidades. Interagir com sucesso.

Além das habilidades descritas podemos citar também a resiliência, que é a capacidade de se adaptar a desafios e situações com grandes adversidades. Que juntamente com a liderança, desempenham papel fundamental nesse processo de gestão. Para Nascimento *et al.* (2020, n.p.) “liderar é a disposição de influenciar pessoas, seja de forma positiva ou negativa, tudo depende do interesse e do poder de persuasão que o sujeito tem um para com o outro”.

Diante essa descrição podemos entender que a medida que você se torna mais consciente de suas emoções, desenvolve o autoconhecimento e aprimora suas habilidades emocionais, mais chances terá de colher benefícios significativos em sua vida pessoal e profissional.

Por isso os profissionais que almejam sucesso no mercado de trabalho devem se aprimorar não só em sua área técnica específica, mas também na área de relacionamentos humanos visando assim maior crescimento pessoal e profissional.

Desafios que os profissionais encontram no processo de desenvolvimento de Resiliência e Inteligência Emocional

No processo de desenvolvimento da Resiliência e Inteligência Emocional os profissionais podem encontrar alguns desafios. Podemos citar alguns como a autoconsciência limitada, ou seja, muitas vezes pode ser difícil para o indivíduo compreender e identificar suas próprias emoções. A falta de autoconhecimento pode dificultar o desenvolvimento de tais habilidades, querendo ou não tais habilidades exigem um conhecimento profundo de si mesmo, o que pode ser muito difícil para alguns indivíduos. Para Teixeira *et al.* (2014) a limitação da racionalidade significa que a capacidade da mente humana de formular e solucionar processos complexos são pequenos para atender aos requisitos da racionalidade completa. Ou seja, estar disposto a mudanças e ao autoconhecimento, requer estímulo além da racionalidade básica de qualquer indivíduo. O processo de autoconhecimento pode ser doloroso e incômodo para muitos.

Outro fator desafiador para o desenvolvimento de habilidades emocionais pode ser a sobrecarga de trabalho e o estresse, quando os profissionais estão sobrecarregados é mais desafiador regular emoções, manterem o equilíbrio e tomar decisões assertivas. A falta de gerenciamento do estresse pode trazer grandes problemas para a equipe, além de não permitir que os indivíduos se desenvolvam dentro de uma organização.

Segundo Buchele *et al.* (2019) A responsabilidade perante a falta de sucesso da organização, cabe ao gestor desta, pois ele fica responsabilizado pela inexperiência, falta de treinamento e despreparo de seus colaboradores. As organizações são células sociais, firmadas essencialmente por pessoas com as mais variadas características e percepções e que sofrem constantes mudanças por influência do meio externo.

Com isso, percebemos a importância de os gestores estarem preocupados com o desenvolvimento profissional de sua equipe, tentando promover um ambiente de trabalho com cobranças, e com sobrecarga de trabalho e estresse controlados, considerando a personalidade de cada indivíduo.

A Resistência à mudança também pode ser outro fator dificultado no processo de desenvolvimento de habilidades emocionais. Este processo muitas vezes envolve a disposição de se afastar da zona de conforto e enfrentar os desafios. Alguns profissionais podem resistir a mudanças ou sentirem-se desconfortáveis ao lidar com situações difíceis, ao que chamamos de baixa resiliência, o que pode dificultar o crescimento profissional. Neste processo vimos mais uma vez a importância de um bom gestor para saber administrar dificuldades e lidar com diferentes tipos de personalidades.

Liderança não é uma forma de dominar o outro, mas pode se entender com a arte convencer as pessoas a trabalhar para um objetivo comum, é uma habilidade. Uma necessidade fundamental do líder onde para que o mesmo possa alcançar o sucesso, ele necessita dosar a razão e emoção, criando condições que faça se sentir seguro, motivado, e também satisfeito com ele mesmo e com as pessoas a sua volta, e ainda com sua posição profissional. (Buchelle *et al.*, 2019, n.p., citando Goleman, 1995).

Como as organizações podem auxiliar seus colaboradores a desenvolver Resiliência e Inteligência Emocional

As organizações desempenham papel fundamental no desenvolvimento da resiliência e inteligência emocional de seus colaboradores.

Uma das principais maneiras de se adquirir habilidades é através de treinamentos. As organizações podem fornecer treinamentos e programas de desenvolvimento que abordem os temas Resiliência e Inteligência Emocional. Esses programas podem incluir *workshops*, seminários, palestras e atividades práticas que ajudem os colaboradores a adquirir habilidades e técnicas para lidar com estresse, conhecer e regular as emoções e desenvolver empatia.

Para Nascimento *et al.* (2020, n.p.) “É mais rentável investir no desenvolvimento de pessoas das equipes e assim manter uma vantagem competitiva em relação ao mercado de trabalho, pois uma equipe bem desenvolvida gera os resultados almejados”.

Outra forma de desenvolver habilidades emocionais é promover uma liderança exemplar. Os líderes desempenham um papel fundamental no estabelecimento de uma cultura organizacional que valoriza Resiliência e Inteligência Emocional. Para Nascimento (2020) a liderança focada nas pessoas alcança um resultado positivo, agregando valor às pessoas da equipe mostrando seu diferencial competitivo para o mercado e trazendo benefícios, que não precisam investir em novas contratações e menor rotatividade.

Com isso verificamos que os líderes devem ser exemplos de comportamento, resiliência e inteligência emocional, promovendo uma comunicação aberta e suporte a toda sua equipe.

O reconhecimento e a recompensa também são pontos a serem trabalhados dentro das organizações para promover desenvolvimento de habilidades emocionais e técnicas de seus funcionários. O reconhecimento positivo aumenta a motivação e o senso de realização, promovendo uma mentalidade positiva e fortalecendo a capacidade de lidar com desafios.

Para Buchelle *et al.* (2019) a motivação é um fator de suma importância, uma equipe motivada produz maiores resultados, sendo assim, sugere-se que o líder trabalhe

com bonificações, não somente materiais como valores, mas também simbólicas, como elogios e reconhecimento de seu trabalho perante o restante do grupo.

Com isso verifica-se que as organizações devem incentivar o desenvolvimento de habilidades emocionais promovendo não só a promoção financeira, como também a realização de treinamentos e o provimento de líderes que conheçam suas equipes e estejam dispostos ajudar no crescimento profissional e pessoal de cada indivíduo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os grandes avanços tecnológicos têm deixado o mercado de trabalho cada vez mais competitivo e complexo. Diante desse contexto, os indivíduos que almejam sucesso profissional devem acompanhar o desenvolvimento e as mudanças do mercado se atualizando constantemente. Qualificando se não só tecnicamente, mas, sobretudo emocionalmente. Diante de todo esse avanço tecnológico, ser bom profissional ou um profissional de sucesso, vai além de competências ou conhecimentos técnicos. Cada vez mais as habilidades emocionais e sociais têm se destacado como ferramentas para se tornar um profissional de referência. Neste contexto, verifica-se a importância dos programas de desenvolvimento dessas habilidades emocionais e sociais. Permitindo que o profissional conheça seus sentimentos e emoções; que saiba regular e controlar seus impulsos, além de desenvolver a empatia, garantindo uma comunicação eficaz.

Destaca-se também a importância de bons líderes, que saibam agir utilizando essas habilidades e conduzindo e estimulando suas equipes ao alcance de metas e resultados.

As organizações empresariais têm como grande desafio, promover o desenvolvimento dessas habilidades no ambiente de trabalho. Uma estratégia a ser utilizada para o sucesso de uma equipe, se baseia no treinamento emocional, como promoção de programas de treinamento especializados.

Por fim conclui-se que em um mundo onde os valores pessoais são tão variáveis, em que a tecnologia avança cada vez mais, que somos bombardeados de informações e notícias sobre qualquer assunto sem precisar de muito esforço, precisamos cada vez mais enfatizar que além das competências técnicas necessárias para exercer uma função profissional, a inteligência emocional através de habilidades como: a resiliência, a empatia, a autorregulação, a motivação, a autopercepção, as habilidades sociais e a liderança, todas descritas no texto, reforçam que o desenvolvimento dessas características são essenciais para destacar se no mercado de trabalho e manter o sucesso de uma equipe. O profissional mais valorizado hoje, é aquele que melhor sabe se comunicar, que tem conhecimento e controle de suas emoções, que sabe agir com empatia e consegue motivar sua equipe. Esse profissional garante lugar de destaque em todos os ambientes de trabalho e são exemplos para se atingir resultados e metas.

REFERÊNCIAS

Buchele, D., Robe, E. S., & Silva, J. M. (2019, July). A Importância da Inteligência Emocional no Desenvolvimento de Líderes de Equipe. *Revista de Estudos Interdisciplinares*, 1, 22–48.

Longhi, C. F. (2016). IV Congresso de Pesquisa e Extensão da FSG. In *Inteligência Emocional X Liderança* (pp. 900–912). Caxias do Sul, RS: Faculdade da Serra Gaúcha.

Nascimento, B. S., Souza, D. C., Guedes, S. S., & Gomes, R. L. R. (2020, outubro 9). Inteligência Emocional: Como um processo sistêmico em Treinamento de Desenvolvimento de Liderança. *Revista Caribena de Ciencias Sociales*.

Teixeira, A. A., Fernandes, P. S., Almeida, L. M., Souza, A. R., & Reis, P. N. (2014). XI Simpósio de Excelência em Gestão e Tecnologia. In *A Influência da Inteligência Emocional na Tomada de Decisão Gerencial*. Volta Redonda, RJ: UFOA.

Sistema de informação no desenvolvimento político social do sistema educacional relacionado a gestão do Sistema Único de Assistência Social (SUAS)

Amauri Teixeira Martins

RESUMO

O objetivo desse estudo é, analisar os benefícios do sistemas de informação, no domínio específico do planejamento tático do Sistema Único de Assistência Social (SUAS). A gestão do sistema único de assistência social necessita de um sistema de informação eficiente para o planejamento das ações sociais para a população. Trata-se de uma pesquisa bibliográfica e os dados foram interpretados pelo método qualitativo. Concluiu-se que o papel do sistema de informação no SUAS é: Planejar, organizar e gerenciar o acompanhamento dos recursos orçamentários, benefícios e serviços de assistência social dos Centros de Referência da Assistência Social (CRAS) e do Centro de Referência Especializado da Assistência Social (CREAS); Realizar estudos sistemáticos com as equipes dos CRAS e CREAS na análise da realidade conjuntural e no planejamento coletivo das ações, o que significa garantir espaços de encontro e reflexão no campo das equipes multiprofissionais; Organizar procedimentos e realizar cuidado individuais ou coletivos nos CRAS e também para o planejamento e a avaliação de políticas públicas.

Palavras-chave: sistema de informação. SUAS. políticas.

ABSTRACT

The objective of this study is to analyze the benefits of information systems, in the specific domain of tactical planning of the Unified Social Assistance System (SUAS). The management of the single social assistance system requires an efficient information system for planning social actions for the population. It is bibliographical research and the data were interpreted by the qualitative method. It was concluded that the role of the information system in SUAS is: Plan, organize and manage the monitoring of budgetary resources, benefits and social assistance services of the Social Assistance Reference Centers (CRAS) and the Specialized Reference Center for Social Assistance (CREAS); Carry out systematic studies with the CRAS and CREAS teams in the analysis of the conjunctural reality and in the collective planning of actions, which means guaranteeing spaces for mee-



ting and reflection in the field of multidisciplinary teams; Organize procedures and carry out individual or collective care in the CRAS and also for the planning and evaluation of public policies.

Keywords: information system.SUAS. policy.

INTRODUÇÃO

A promulgação da Constituição Federal de 1988 abriu uma janela de oportunidade política, permitindo que forças políticas não hegemônicas viessem a influenciar decisivamente o processo de gestão pública. Nesse contexto favorável à ampliação de direitos e às mudanças democratizantes, apresenta-se o direito do cidadão à fiscalizar a gestão pública (BRASIL, 1988).

A Constituição Federal de 1988 apresenta avanços substantivos mais gerais, como a descentralização, a reafirmação dos direitos civis e políticos, a ampliação dos direitos sociais, a democratização do Estado e suas relações com a sociedade por meio da provisão de instrumentos de democracia direta, mecanismos legislativos e jurídicos participação e instituições participativas. A legislação federal da década seguinte aprofundou esses avanços no caso das políticas sociais (saúde, educação, assistência social e direitos da criança e do adolescente), destacando a obrigatoriedade de criação de conselhos com funções de controle social e capacidade de gestão dos respectivos recursos orçamentários (BRASIL, 1988).

A criação da carreira de Serviço Social no país, esses profissionais estão inseridos nas estruturas do Estado responsáveis pela implementação de políticas sociais por meio de programas e projetos nas áreas de: saúde, educação, moradia, família, crianças que têm requerimento de profissionais especializados na atenção aos problemas sociais gerados pelo sistema capitalista.

Como todos sabem, a avaliação e, portanto, os sistemas de informação, afetam todos os níveis de planejamento, desde o mais estratégico até o mais operacional. No entanto, em cada um deles a avaliação tem características próprias e requer metodologias e técnicas específicas. Assim, por exemplo, não é o mesmo que avaliar as dimensões estratégicas de um plano (efeitos em certos aspectos da qualidade de vida ou convivência, com perspectivas de médio e longo prazo), do que avaliar a gestão de um centro, serviço ou programa, ou avaliar a intervenção que se realiza com uma pessoa ou família.

O objetivo desse artigo é, analisar os benefícios do sistemas de informação, no domínio específico do planejamento tático do Sistema Único de Assistência Social (SUAS).

DESENVOLVIMENTO

O Serviço Social e atuação

O Serviço social como profissão promove mudanças na sociedade por meio da

resolução de problemas. Através da utilização de diferentes conhecimentos e metodologias, o assistente social poderá intervir na interação do ser com o seu meio. Seu principal objetivo é incentivar todos os seres humanos, independentemente de raça, sexo ou idade, a desenvolverem ao máximo suas habilidades para melhorar sua qualidade de vida, em todos os aspectos (SODRÉ, 2010). No Brasil, ele surge na década de 30, como uma resposta as necessidades do sistema capitalista tendo em seus primórdios grande influência europeia. Importante destacar que:

A primeira lei que regulamenta o serviço social é a Lei Nº 3252, de 27 de agosto de 1957. Em 1993 essa lei foi revogada e o serviço social passou a ser regulamentado pela Lei No 8.662, de 7 de Junho de 1993. As mudanças que essa lei implantou no Brasil foram essenciais para uma regulamentação da profissão (PORTAL EDUCAÇÃO, 2021, p.1).

O serviço social como profissão baseia-se na metodologia para organizar os diferentes conhecimentos derivados da experiência e da pesquisa. Por se tratar de uma carreira complexa, é necessária uma ferramenta que ajude a sistematizar todas as informações (ALMEIDA *et al.*, 2015). O profissional de serviço social poderá realizar o seu trabalho em instituições públicas e privadas, como hospitais e centros de saúde, em organizações como estas é necessário ter alguém para orientar tanto na tomada de decisões como no apoio em qualquer caso onde o indivíduo é afetado.

Em geral, o desempenho profissional é muito limitado, não há autonomia na intervenção, seu desempenho está condicionado ao escopo e aos recursos institucionais (SIMIONATTO, 2005).

No momento, o assistente social compete com seu espaço de trabalho com outros profissionais que integram as equipes multidisciplinares e que, por sua mesma situação de subalternidade com as outras ciências sociais, o trabalho muitas vezes está em situação de vulnerabilidade e risco de seu espaço ocupacional. Como em toda a América Latina, as organizações não-governamentais absorveram um grande número de profissionais da disciplina de Serviço Social (SIMIONATTO, 2011).

Devido ao papel assumido pelas ONGs, perante o Estado, a intervenção dos assistentes sociais se inclina para a área de promoção humana, que de alguma forma abre possibilidades para maior autonomia no exercício da profissão, o que exige uma intervenção mais crítica e busca de alternativas construídas em conjunto com organizações civis (SPOLANDER *et al.*, 2015).

Um problema comum é a insegurança no trabalho enfrentada pelo profissional nesses espaços; uma vez que a estabilidade do trabalho é perdida e os benefícios sociais diminuídos, porque sua permanência no trabalho depende do tempo e dos valores financeiros de um projeto. Um problema que permanece é o empirismo em sua prática profissional, faltam pesquisas, há poucos ou nenhum esforço nesse sentido (TINTI, 2015).

O estudo da realidade em que intervém, não é visualizado, não é estudado por essa profissão, portanto, não há capacidade de proposta ou transcendência em outros níveis de intervenção. Os profissionais do Serviço Social, no exercício de sua profissão, deixam de contextualizar sua prática com a realidade social de seu país (VASCONCELOS, 2002).

Não analisa o contexto econômico, social, político e cultural e deixa de relacioná-

lo com a base de apoio funcional de sua intervenção, que é dada pela estrutura para o cumprimento dos Direitos Humanos, a estrutura ética da profissão que se concretiza em sua prática diariamente, todos os dias, nessa intermediação com sujeitos sociais (WELLEN, 2000).

Globalmente, foi demonstrado que o sistema econômico de livre mercado e as políticas neoliberais implementadas nas últimas décadas aprofundaram a pobreza e aumentaram as desigualdades; atualmente enfrentando a maior crise econômica. Dada a impossibilidade do Estado de resolver as necessidades resultantes da pobreza, ele determina políticas focadas que levam rapidamente ao bem-estar; efetivar novas práticas de voluntariado que ameacem os avanços e realizações da profissão, que com maior acuidade está envolvida nas práticas de bem-estar (YAZBEK, 2000-2008).

A importância da adoção de um sistema de informação para o SUAS

A gestão do sistema único de assistência social (SUAS) necessita de um sistema de informação eficiente para o planejamento das ações sociais para a população. Nesse tópico, busca-se mostrar as características que um bom sistema de informação em serviço social de saúde deve ter e detalhar quais devem ser as variáveis mínimas essenciais para ter um registro ideal (GARCIA, 2013).

Um sistema de informação para uma unidade de serviço social de saúde deve ter algumas condições essenciais (TAPAJÒS; RODRIGUES, 2007):

Sigilo: Garantir a privacidade da informação (não devem ser solicitadas mais informações do que as necessárias para o estudo e diagnóstico social;

Utilidade: Os registros devem ser úteis, principalmente para quem coleta essas informações, tanto para sua análise quanto para processamento de dados (dentro dos regulamentos). Às vezes, em uma estrutura hierárquica, os registros são apenas desejados para explorar dados estatísticos, embora também sirvam para o profissional realizar pesquisas e gerar conhecimento.

Validade: deve apresentar um alto grau de homogeneidade com o que se deseja medir e registrar.

Confiabilidade: As informações coletadas devem ter um alto grau de confiança e estar isentas de erros.

Objetividade: Se deve fornecer um registro que minimize inconsistências, independentemente do profissional que o executa.

Facilidade: Um bom sistema de informação deve ser intuitivo e não exigir uma gestão altamente especializada.

Operacionalidade: deve definir a relação entre as variáveis para que possa trabalhar com indicadores de avaliação, que permitam a pró-atividade (veja este outro verbete) do profissional (GARCIA, 2013).

Rastreabilidade: É necessário que o sistema controle por quem cada movimento ou exibição de registro é feito, desta forma as informações podem ser protegidas e saber a

todo momento quem está acessando e o que está fazendo (TAPAJÒS; RODRIGUES, 2007).

Colocando a base das características de um bom sistema de informação, passo agora a detalhar quais devem ser as variáveis essenciais para se ter um cadastro ideal. Variáveis mínimas para um sistema de informação de assistência social em saúde. As variáveis qualitativas são aquelas que se referem a características ou qualidades que não podem ser medidas com números. Distinguem-se dois tipos de variáveis qualitativas: as nominais (que apresentam modalidades não numéricas que não admitem critério de ordem - por exemplo, estado civil: casado, solteiro, viúvo, etc.) e as ordinais (que apresentam não modalidades numéricas, nas quais há uma ordem – por exemplo, posição alcançada: primeiro, segundo, terceiro) (GARCIA, 2013).

As variáveis quantitativas são aquelas que se expressam por um número, podendo ser discretas (que podem assumir apenas um número) ou contínuas (que podem assumir um número infinito de valores) (TAPAJÒS; RODRIGUES, 2007).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O papel do sistema de informação no SUAS é: Planejar, organizar e gerenciar o acompanhamento dos recursos orçamentários, benefícios e serviços de assistência social dos Centros de Referência da Assistência Social (Cras) e do Centro de Referência Especializado da Assistência Social (Creas); Realizar estudos sistemáticos com as equipes dos CRAS e CREAS na análise da realidade conjuntural e no planejamento coletivo das ações, o que significa garantir espaços de encontro e reflexão no campo das equipes multiprofissionais; Organizar procedimentos e realizar cuidados individuais ou coletivos nos CRAS e também para o planejamento e a avaliação de políticas públicas.

A cultura, como um dos vetores da vida dos sujeitos, possibilita cenários de ação, adaptação, mudança ou ruptura com as formas de vida impostas ou adquiridas, de interpretações sobre o “próprio” e o “diferente”. E sentidos atribuídos. ao ambiente e seus elementos, onde diferentes modos de ser são construídos e reconfigurados no tempo e no espaço. Estes cenários desafiam constantemente os trabalhadores e assistentes sociais e condicionam a sua prática profissional. Nesse sentido, os CRAS são espaços que instigam o debate profissional e acadêmico sobre a abertura de projetos diante dessas expressões da diferença cultural.

Refirmamos que considerar a adoção de um Sistema de Informação contribui para a compreensão da realidade e dos sujeitos com os quais o Serviço Social se relaciona e com ele orienta nossa ação, na construção conjunta de novas propostas para a sociedade.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, E; NOZAWA, T; ROMERA, V. Violência intrafamiliar contra a mulher: intervenções do assistente socia. Faculdades Integradas “Antônio Eufrásio de Toledo” de Presidente Prudente. 2015.

BRASIL. Constituição Federal de 1988. Brasília: DF, 1988.

GARCIA, Ana Lucia da Silva. A implementação do sistema de informação e gestão do SUAS na Política de Assistência Social: reflexos nas práticas profissionais e na democratização das políticas públicas. *O social em questão*, v. 17, n. 30, p. 71-88, 2013.

IAMAMOTO, M. V. *Servicio Social y División del Trabajo*. 2ª ed, São Paulo, Cortez, 2001.

_____. Projeto profissional, espaços ocupacionais e trabalho do assistente social na atualidade. In: CFESS-Conselho Federal de Serviço Social. *Atribuições privativas do(a) assistente social*. Brasília: Cfess, 2002, p. 13-50.

_____. *O Serviço Social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional*. São Paulo: Cortez, 2003.

_____. A produção de Conhecimento em Serviço Social no Brasil. In: Encontro nacional de pesquisadores em serviço social (ENPESS) IX, 2004, Porto Alegre. *Anais...* Porto Alegre, 2004.

_____. *Serviço Social em tempo de capital fetiche: capital financeiro, trabalho e questão social*. São Paulo: Cortez, 2007.

PORTAL EDUCAÇÃO. Regulamentação da profissão. <https://siteantigo.portaleducacao.com.br/conteudo/artigos/conteudo/regulamentacao/49253#:~:text=A%20primeira%20lei%20que%20regulamenta%20o%20servi%C3%A7o%20social,Brasil%20foram%20essenciais%20para%20uma%20regulamenta%C3%A7%C3%A3o%20da%20profiss%C3%A3o>.

SIMIONATTO, I. Os desafios na pesquisa e na produção do conhecimento em Serviço Social. *Temporalis*, Recife, ano 5, p. 51-62, jan./ jun. 2005.

SIMIONATTO, I.; LUZA, E. Estado e sociedade civil em tempos de contrarreforma: lógica perversa para as políticas sociais. *Textos & Contextos*, v. 10, n. 2, p. 215- 226, ago./dez. 2011.

SODRÉ, F. Serviço Social e o campo da saúde: para além de plantões e encaminhamentos. *Serv. Soc. Soc.* [online], São Paulo, n. 103, p. 453-475, jul./set. 2010

SPOLANDER, Gary; ENGELBRECHT, Lambert; SANSFAÇON, Annie Pullen. Social work and macro-economic neoliberalism: beyond the social justice rhetoric, *European Journal of Social Work*. 2015. DOI: 10.1080/13691457.2015.1066761

TAPAJÓS, Luziele; RODRIGUES, Roberto Wagner da Silva. Rede SUAS: gestão e sistemas de informação do Sistema Único de Assistência Social. In: *Rede SUAS: gestão e sistemas de informação do Sistema Único de Assistência Social*. 2007. p. 141-141.

TINTI, ÉC. Formação profissional em Serviço Social no Brasil e trabalho profissional. In: *Capitalismo, trabalho e formação profissional: dilemas do trabalho cotidiano dos assistentes sociais em Ribeirão Preto* [online]. São Paulo: Editora UNESP; São Paulo: Cultura Acadêmica, 2015, pp. 7596. ISBN 978-85-7983-655-8. Available from SciELO Books <<http://books.scielo.org>>.

VASCONCELOS, Ana Maria. *A prática do Serviço Social: cotidiano, formação e alternativas na área de saúde*. São Paulo: Cortez, 2002.

WELLEN, H; CARLI, R. A falsa dicotomia entre teoria e prática. *Temporalis*, Brasília, ano 10, n. 20,

p. 113-135, jul./dez. 2010.

YAZBEK, M. C. Os fundamentos do Serviço Social na contemporaneidade. In: CFESS-ABEPSS. Capacitação em Serviço Social e política social, módulo 4. Brasília: UNB/CEAD, 2000.

YAZBEK, Maria Carmelita, Maria Lúcia Martinelli y Raquel Raichelis. O Serviço Social brasileiro em movimento: fortalecendo a profissão na defesa de direitos”. Serviço Social e Sociedade, 5-32. São Paulo: Editora Cortez.2008.

Assistência farmacêutica: os avanços e desafios na atenção primária de saúde no nordeste do Brasil

Pharmaceutical assistance: advances and challenges in primary health care in northeastern Brazil

Francisco Edecleidson Amancio de Moura
Maria das Graças Prianti

RESUMO

Diante dos avanços e desafios na gestão da Assistência Farmacêutica, vivenciados por municípios do nordeste brasileiro, o estudo teve como objetivo abordar a assistência farmacêutica na Atenção Primária de Saúde através de um estudo bibliográfico dos avanços e desafios na região nordeste do Brasil. Trata-se de um estudo do tipo revisão integrativa da literatura com dados da *National Library of Medicine* (PubMed), Literatura Latino-Americana (LILACS) e *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) no recorte temporal de 2017 a 2022, no idioma português e inglês. Os resultados apontaram avanços e desafios na região nordeste do Brasil e as dificuldades apresentadas que comprometem a qualidade da assistência farmacêutica ofertada nas unidades de APS como a logística da distribuição de medicamentos, recursos, processo de dispensação, estruturação das farmácias, entre outros. Passando desde a disponibilidade de medicamentos básicos à promoção do uso racional de medicamentos, dispensação e à satisfação dos usuários com o serviço prestado. Verificou-se que na Atenção Primária de Saúde da região nordeste do Brasil apresenta avanços e desafios no tratamento farmacológico, bem como nas ações de educação e saúde junto à população.

Palavras-chave: assistência farmacêutica. Atenção Primária de Saúde. farmacêutico.

ABSTRACT

Given the advances and challenges in the management of Pharmaceutical Care, experienced by municipalities in northeastern Brazil, the study aimed to address pharmaceutical care in Primary Health Care through a bi-



biographic study of the advances and challenges in the northeast region of Brazil. This is an integrative literature review with data from the National Library of Medicine (PubMed), Latin American Literature (LILACS) and Scientific Electronic Library Online (SciELO) in the time frame from 2017 to 2022, in Portuguese and English. The results pointed out advances and challenges in the northeast region of Brazil and the difficulties presented that compromise the quality of pharmaceutical care offered in PHC units, such as the logistics of drug distribution, resources, dispensing process, structuring of pharmacies, among others. Ranging from the availability of basic medicines to the promotion of the rational use of medicines, dispensing and user satisfaction with the service provided. It was found that in the Primary Health Care of the northeast region of Brazil presents advances and challenges in the pharmacological treatment, as well as in the actions of education and health with the population.

Keywords: pharmaceutical services. primary health care. pharmacist.

INTRODUÇÃO

A Assistência Farmacêutica (AF) é caracterizada um conjunto de atividades relacionadas ao acesso e ao uso racional de medicamentos, destinado a complementar e apoiar as ações da atenção básica à saúde” (BRASIL, 2001a) e foi inclusa formalmente nas políticas públicas para o SUS com a publicação da Política Nacional de Medicamentos (PNM) por meio da Portaria n.º 3.916, de 30 de outubro de 1998 (BRASIL, 2001b). Contudo a inserção da AF na Atenção Básica ainda precisava de maiores incentivos, desse modo, foi realizada, em 2003, a 1ª Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica, com o intuito de ampliar as políticas públicas e a participação da AF. Somente em maio de 2004, é que a Resolução nº 338 do Conselho Nacional de Saúde efetiva a Política Nacional de Assistência Farmacêutica como política de saúde (BRASIL, 2018)

Nesse contexto, a assistência farmacêutica no SUS tem sua estruturação fundamentada na Política Nacional de Medicamentos (PNM) e suas diretrizes e propriedades, que se destacam através dos princípios do SUS, sendo um deles, a integralidade. A integralidade por sua vez faz parte de ações sugeridas pela Organização Mundial de Saúde (OMS) para o melhoramento do atendimento específico ao paciente no nível primário, secundário e terciário à saúde (ABREU *et al.*, 2020).

A assistência farmacêutica é ligada as atividades de promoção a saúde, proporcionando o acesso aos medicamentos da população que são de extrema importância, sanando os problemas de saúde da sociedade, abordando um conjunto de ações voltadas a recuperação da saúde, com o fármaco como via principal. Uma das principais características da assistência farmacêutica são as produções de medicamentos, pesquisa e desenvolvimento, tais como a programação, aquisição, dispensação, distribuição, com intuito de obter a melhoria da sociedade (SOLER *et al.*, 2017).

Integrando a equipe da APS têm-se a figura do farmacêutico que busca otimizar a adesão ao tratamento medicamentoso, contribuindo para mudança de comportamentos diante da terapia farmacológica. Uma vez que, pode esclarecer informações relacionadas aos fármacos ressaltando a finalidade a que se destinam e ainda prevenir possíveis problemas relacionados aos medicamentos. Desta forma, favorecer a promoção da efetividade e segurança da farmacoterapia, como agente promotor de saúde na atenção primária (BARBERATO; SCHERER; LACOURT, 2019).

Em adição, a oferta de assistência ao cuidado dos indivíduos participando de forma ativa de sua terapêutica, exercendo atividades clínico assistenciais e técnico pedagógicas, o farmacêutico planeja atendimentos específicos, realiza visitas domiciliares e implementa grupos terapêuticos (BRASIL, 2018). Embora seja fundamental a integração do farmacêutico à atenção básica de saúde, ainda é possível identificar a ausência do mesmo neste ambiente (ARAÚJO *et al.*, 2017).

O número insuficiente do profissional farmacêutico em várias unidades de atenção básica de saúde tem favorecido para que o acesso dos usuários aos medicamentos ocorra por meio de profissionais não habilitados para exercer esse tipo de assistência. A falha de uma comunicação eficaz entre o profissional e usuários, pode ser a razão para o indivíduo não aderir ao tratamento terapêutico. E a falta de adesão dos usuários à farmacoterapia tem sido identificada como principal motivo para o fracasso ao tratamento medicamentoso onerando ainda mais o sistema de saúde (MOREIRA *et al.*, 2020).

Desse modo, este trabalho teve como objetivo analisar a Assistência Farmacêutica na Atenção Primária à Saúde por meio de um estudo bibliográfico dos avanços e desafios na região nordeste do Brasil.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo do tipo revisão integrativa da literatura, que permite o levantamento e a análise de estudos na literatura de forma ampla e sistemática fundamentada em seis etapas, descritas a seguir: a primeira etapa foi composta pela identificação do tema. Na segunda etapa foi definida os critérios de inclusão e exclusão do estudo. A terceira etapa foi realizada por meio da identificação dos estudos pré-selecionados. Na quarta etapa os estudos selecionados foram categorizados e organizados. Na quinta etapa ocorreu a análise e interpretação dos dados. Na sexta ocorreu a apresentação dos resultados (DANTAS *et al.*, 2022).

A coleta de dados foi realizada por meio de busca avançada de artigos científicos nas bases de dados do LILACS (Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde); PUBMED e Science Direct. Para a busca dos estudos nas respectivas bases de dados foram utilizados os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) em português: Assistência Farmacêutica. Atenção Primária de Saúde. Farmacêutico e seus análogos em inglês e espanhol.

Na pesquisa foram incluídos artigos publicados nos últimos cinco anos, entre o período de 2017 a 2022, no idioma português, inglês e espanhol, compreendendo âmbitos de pesquisa de campo, e que contribuem com o tema sugerido através das buscas feitas pelos descritores.

Foram excluídos artigos com publicações antecedentes ao ano de 2017, artigos que se expõem nas plataformas de pesquisa como artigos sem acesso ao texto completo, artigos de revisão, trabalhos de conclusão de curso, teses, dissertações, anais de congresso, capítulos de livro e artigos que não contemplam o tema em questão.

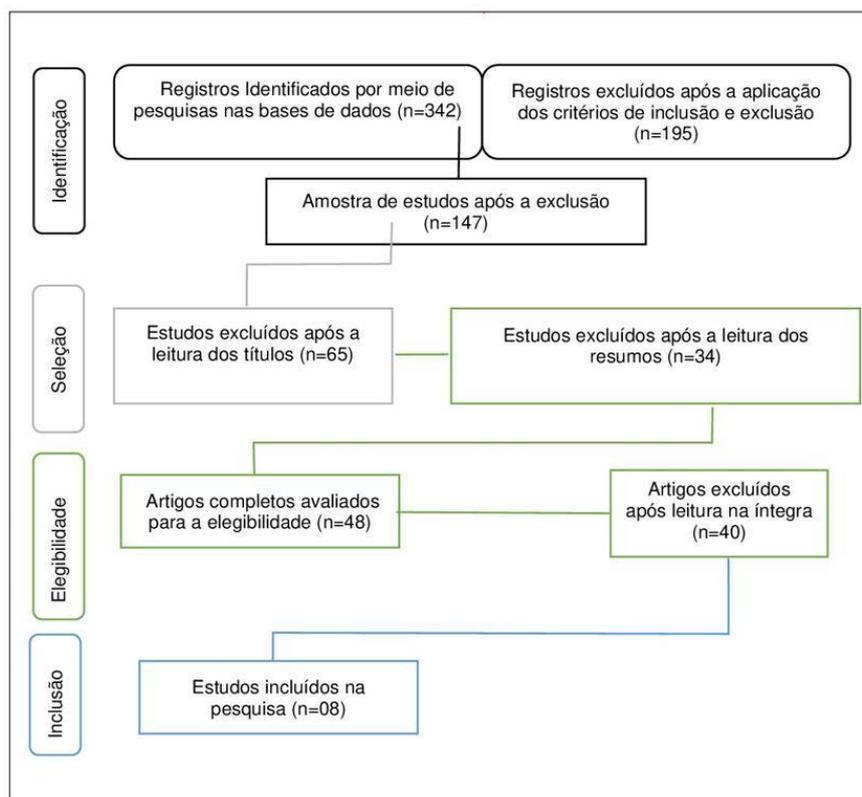
Após a busca norteada pelos critérios de inclusão e exclusão, foi realizada a leitura do título e do resumo de cada artigo científico a fim de verificar a sua adequação com a questão norteadora da presente pesquisa: quais os avanços e desafios da Assistência Farmacêutica na Atenção Primária de Saúde na garantia do acesso ao tratamento medicamentoso?

E ainda, os estudos foram categorizados, interpretados e analisados pelos autores quanto à qualidade metodológica, foram apresentados por meio de tabelas contendo a identificação dos Autores/Ano de publicação, objetivo do estudo, tipo de estudo, resultados e conclusão que contribuiu para a discussão da temática em questão.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A busca nos bancos de dados resultou em 342 estudos. Após os critérios identificado no fluxograma 1, apenas 08 (oito) artigos foram incluídos na pesquisa, sendo que os que foram excluídos é porque não continham diretamente os três descritores dessa pesquisa em suas contextualizações teóricas.

Figura 1– Fluxograma demonstrando a Assistência Farmacêutica: os avanços e desafios na atenção primária de saúde no nordeste do Brasil.



Fonte: elaboração própria, (2023)

Os resultados encontrados pelas pesquisadoras (Quadro 1) buscou apresentar os dados dos artigos selecionados, onde foi priorizada a busca pelo autor/ano, objetivo, tipo de estudo, resultados e a conclusão dos estudos. Foi observado que os artigos representam uma boa qualidade metodológica de nível de evidência científica. A discussão conta com outras referências além das elencadas.

Quadro 1 - Produção científica segundo estudos incluídos na revisão integrativa, Teresina – PI, Brasil, 2023.

Autores/ Ano	Objetivo	Tipo de estudo	Resultados	Conclusão
Rocha; Batista (2021)	Avaliar a percepção de prescritores de medicamentos da Atenção Primária de Currais Novos, RN, sobre Assistência Farmacêutica.	Estudo transversal, com abordagem quantitativa	A adoção da Denominação Comum Brasileira foi citada como conduta por 52,94% dos respondentes. Informações sobre disponibilidade de medicamentos na farmácia municipal era comum para 70,59% dos entrevistados e quando os prescritores identificavam falta deles, substituíam na prescrição (76,47%). A adesão dos usuários à prescrição era prevalente para os respondentes (55,89%), contudo, a notificação de queixas técnicas e eventos adversos a medicamentos era baixa (14,71%).	A avaliação dos prescritores sobre atividades da assistência farmacêutica apresentou pontos positivos e outros passíveis de melhoria, portanto, é necessária maior aproximação dos prescritores em relação a esta prática, via um trabalho interprofissional.
Oliveira; Costa; Tavares (2018)	Descrever a caracterização da gestão da Assistência Farmacêutica em regiões de saúde da Região Semiárido Cariri/CE,	Estudo descritivo	Faz parte do organograma da Secretaria Municipal de Saúde em 84,2% dos municípios do Ceará. Em relação ao financiamento, foi referido por 68,4% dos responsáveis insuficiência do recurso do Componente Básico da Assistência Farmacêutica para aquisição de medicamentos padronizados, entretanto, a grande parte referiu que não foi aplicado o valor mínimo pactuado tanto pelo município (21,1%) como pelo Estado (31,6%).	Observou-se a melhoria da gestão da Assistência Farmacêutica, visando a promoção do acesso aos medicamentos a população das regiões de saúde.
Gomes; Medeiros; Pinheiro Neto, (2020)	Analisar a logística da assistência farmacêutica de um hospital do nordeste brasileiro.	A pesquisa é do tipo quantitativo e qualitativo, retrospectivo e concorrente de caráter exploratório.	Tem como principais resultados, deficiências nas etapas do ciclo da assistência farmacêutica, podendo levar a problemas relacionados ao tratamento do paciente.	Através da avaliação rigorosa de todas as etapas do ciclo da assistência farmacêutica, é possível oferecer um acesso qualificado ao medicamento
Teixeira; Telles; Moreira (2017)	Avaliar a capacidade de gestão da Assistência Farmacêutica dos municípios vinculados a Microrregião de Saúde do Sudoeste Baiano.	Trata-se de um estudo de corte transversal qualitativo, que se apresenta dentro de uma abordagem de cunho descritivo exploratório.	A maioria dos municípios encontra dificuldade em realizar gestão técnica, não possui uma Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT), não utilizam Manual de Boas práticas de Armazenamento e Distribuição de medicamentos nem POP's (Protocolos Operacional Padrão). Demonstraram objeção para cumprir as etapas do ciclo da Assistência Farmacêutica e garantir o uso racional de medicamentos da população.	Conclui-se então que apesar dos avanços ocorridos na consolidação do SUS, em particular na Assistência Farmacêutica, os municípios ainda se deparam com dificuldades, em gerenciar e executar ações básicas que envolvem a Assistência Farmacêutica o que pode levar a deficiência no acesso da população ao medicamento

Autores/ Ano	Objetivo	Tipo de estudo	Resultados	Conclusão
Carvalho et al. (2017)	Caracterizar a força de trabalho da assistência farmacêutica na atenção básica do Sistema Único de Saúde.	Trata-se de estudo transversal de abordagem quantitativa	Foram observadas 1.175 farmácias/unidades dispensadoras, 507 entrevistas telefônicas (495 coordenadores da assistência farmacêutica), e 1.139 responsáveis pela entrega de medicamentos.	Há importantes deficiências na composição da força de trabalho nas unidades de dispensação de medicamentos que devem comprometer a qualidade do uso dos medicamentos e seus resultados na saúde da população.
Soeiro et al. (2017)	Avaliar a satisfação dos usuários com os serviços de assistência farmacêutica na atenção primária.	Estudo transversal, exploratório, de natureza avaliativa,	O percentual geral de usuários satisfeitos com esses serviços foi de 58,4% (IC95% 54,4–62,3). A dimensão oportunidade/conveniência apresentou menor percentual de satisfação (49,5%; IC95% 46,4–52,6) e o maior percentual foi na dimensão aspectos interpessoais (90,5%; IC95%88,9–91,8), significativamente maior que as demais dimensões. No modelo logístico múltiplo final em relação à satisfação geral, permaneceram associadas as variáveis sexo, faixa etária, limitação por doenças e auto-percepção da saúde.	A maior parte dos usuários entrevistados mostrou-se satisfeita com os serviços de assistência farmacêutica dos municípios brasileiros e a satisfação com o atendimento apresentou-se como fator relevante na satisfação geral do usuário.
Leite et al. (2017)	Caracterizar a infraestrutura das farmácias da atenção básica do Sistema Único de Saúde, visando condição para a humanização dos serviços ofertados.	Trata-se de estudo transversal, de abordagem quantitativa,	A área da farmácia foi superior a 14 m ² em 40,3% das unidades pesquisadas, com destaque para as regiões Centro-Oeste (56,9%) e Sudeste (56,2%) e Nordeste com apenas 26,3%. A sala de espera possuía cadeiras para os usuários (80,2%), em 31,8% a área de dispensação era inferior a 5m ² e em 46,2% foi superior a 10m ² . Foram encontradas grades no guichê de atendimento, separando o atendente do usuário em 23,8% das unidades; havia acesso à internet em 44,1%. Na maioria das unidades, a área destinada ao armazenamento de medicamentos não possuía refrigerador ou geladeira para o seu armazenamento exclusivo e 13,7% apresentavam área para consulta farmacêutica.	Os dados apresentados pela região Nordeste indicam condições menos favoráveis ao desenvolvimento de serviços de dispensação adequados. Com base no panorama apontado, sugere-se a ampliação dos incentivos para a estruturação física dos serviços farmacêuticos, levando em consideração as especificidades regionais.

Autores/ Ano	Objetivo	Tipo de estudo	Resultados	Conclusão
Costa et al. (2017a)	Caracterizar a situação sanitária dos medicamentos na Atenção Básica, nas regiões brasileiras, quanto a requisitos técnico-sanitários, responsável pela farmácia/unidade de dispensação, condições ambientais, de armazenamento, e de fracionamento, controle de estoque e gerenciamento de resíduos, itens de segurança contra incêndio e pane elétrica, problemas no transporte, regulamentação da propaganda e farmacovigilância.	Estudo transversal, exploratório, de natureza avaliativa	As dimensões investigadas mostraram deficiências relevantes e desigualdades entre as regiões, em geral mais favoráveis nas regiões Sudeste e Centro-Oeste e mais deficitárias nas regiões Nordeste e Norte nos requisitos técnicos e sanitários imprescindíveis à conservação dos medicamentos que podem interferir na manutenção da estabilidade e, assim, na sua qualidade, eficácia e segurança.	A situação sanitária dos medicamentos na Atenção Básica no Brasil desperta preocupações pelo descumprimento da legislação sanitária específica para os estabelecimentos de dispensação e de um amplo conjunto de requisitos imprescindíveis à conservação dos medicamentos.

Fonte: Próprio autor (2023)

A assistência farmacológica na atenção básica à saúde é de suma importância, pois interfere diretamente na saúde do paciente por meio de atividades relacionadas ao uso adequado e acesso de medicamentos. Nesse sentido, é fundamental que os farmacêuticos da atenção básica desloquem o foco dos medicamentos para o cuidado ao paciente, ou seja, o cuidado clínico deve focar na saúde e bem-estar dos usuários e não apenas no ato da dispensação dos medicamentos (ROVER, *et al.*, 2017).

Os resultados de Oliveira; Costa; Tavares, (2018), evidenciaram que diante do recurso total previsto 68,4% dos entrevistados afirmaram que não é suficiente para adquirir todos os itens de medicamentos padronizados nas quantidades adequadas, sendo assim, um dos desafios de saúde da Região Semiárido Cariri/CE. Do mesmo modo, verificou-se que há baixa disponibilidade de medicamentos e aponta que pode haver falha logística na distribuição contribuindo para esse resultado. Sobretudo, os investimentos na saúde deverão ser maiores, para que a sociedade tenha de fato uma saúde e melhor qualidade de vida, pois a falta de medicamentos enseja em riscos gravíssimos, como por exemplo, o aumento da taxa de mortalidade de idosos, tendo em vista que este é um dos grupos mais necessitados destes serviços.

Os resultados de Rocha; Batista (2021) identificaram a baixa disponibilidade de medicamentos na atenção primária (52,9%) é uma problemática recorrente no setor público, principalmente quando se observa a região Nordeste (46,3%) e municípios de pequeno porte, ficando distante dos 80% de disponibilidade de medicamentos essenciais preconizados pela OMS. Sobretudo, é certo dizer que as principais dificuldades e desafios da assistência farmacêutica, estão contidas na necessidade de novas políticas públicas,

que gerem novas estruturas de atendimento farmacêutico gratuito, proporcionando melhor garantia de saúde aos cidadãos. Isso porque atualmente, o atendimento público de farmácia, se fixa na logística de medicamentos e uma dispensação superficial (FERNANDES, *et al.*, 2021)

Gomes; Medeiros; Pinheiro Neto, (2020) relataram em seu estudo que no hospital não faz a coleta e registro de reações adversas e efeitos colaterais relacionados ao uso de medicamentos dispensados. Tal fato pode atestar o que evidenciam as bases da OMS, onde mais de 50% dos medicamentos são prescritos ou dispensados de forma errônea, e mais de 50% dos pacientes fazem uso destes de forma inadequada. Contudo, a dispensação do medicamento deve ser feita pelo próprio farmacêutico ou sob a supervisão e apoio técnico dele. Uma vez que, o mesmo necessita estar integrado na equipe para treinar e capacitar outros profissionais visando a qualificação das ações na dispensação dos medicamentos aos usuários do sistema (MAXIMO; ANDREAZZA; CECILIO, 2020).

No estudo de Teixeira; Teles; Moreira (2017) foram evidenciados importantes problemas na gestão da Assistência Farmacêutica, como inviabilizações na dispensação e na atenção farmacêutica, uma vez que os municípios encontram grandes dificuldades no exercício de atividades voltadas para a garantia do uso racional de medicamentos.

O uso de medicamentos sem prescrição, orientação ou acompanhamento tem crescido cada vez mais na sociedade em várias faixas etárias, e conseqüentemente tem aumentado o número de intoxicação e notificações negativas referentes a esta prática. Confirmando a relevância de orientar e acompanhar os usuários sobre a utilização de medicamentos, tendo como finalidade reduzir a automedicação bem como suas complicações e problemas relacionados ao medicamento (MOREIRA, *et al.*, 2020).

Embora o serviço de dispensação de medicamentos seja a principal atividade realizada pelo farmacêutico, quem predominantemente tem realizado a dispensação de medicamentos na APS são os profissionais com nível médio de escolaridade. Esse argumento tem sido sustentado pela Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos (PNAUM) em levantamento realizado por Carvalho *et al.* (2017) por meio de observações a 1.175 farmácias e entrevistas presenciais realizadas a 1.139 responsáveis pela dispensação de medicamentos nas unidades básicas do SUS. Sendo constatado que 43% dos profissionais que fazem a dispensação de medicamentos são técnicos e auxiliares de enfermagem, enquanto que apenas 33% são farmacêuticos. Enfermeiros também têm sido citados como profissionais dispensadores de medicamentos nestas unidades de saúde.

Soeiro *et al.* (2017) revelou que a região nordeste contribuiu para a satisfação da qualidade da dispensação, pois 78,7% dos usuários relataram que receberam informações sobre a utilização dos medicamentos e 94,8% afirmaram entendimento das informações repassadas; isso devido a identificação do modelo logístico múltiplo de satisfação dos usuários da assistência farmacêutica na atenção primária em relação às dimensões, subdimensiones e satisfação geral, segundo características. Na dimensão aspectos interpessoais, os usuários avaliaram que o atendimento (90,5%) e o atendimento com respeito e cortesia (93,1%) eram satisfatórios. Portanto, a maioria estava satisfeita com o que encontravam na AF ofertada e o atendimento farmacêutico foi o aspecto que apresentou maior grau de satisfação.

Nesse contexto, a ausência do farmacêutico no ato da dispensação de medicamentos pode resultar em uma falha de comunicação com o usuário, podendo ser esta a explicação para a não adesão terapêutica. Vale frisar que a não adesão dos usuários à farmacoterapia tem sido um desafio para os serviços de saúde, sobretudo entre aqueles que são portadores de doenças crônicas ou que exigem tratamentos mais complexos (BARBERATO; SCHERER; LACOURT, 2019).

Leite *et al.* (2017) ao identificar a realização do seu estudo com 1.175 farmácias/ unidades de dispensação de medicamentos (86,3% da amostra calculada) da rede de atenção básica em todas as regiões do país, totalizando 273 municípios (91% da amostra calculada), verificou na região Nordeste o espaço das farmácias nas unidades básica de saúde era inferior ao preconizado de 14 m² nas unidades de dispensação, além de ter caracterizado os serviços de dispensação nas diferentes regiões do Brasil e concluíram que há muitas diferenças entre as regiões. As melhores infraestrutura e serviços estão localizados na região Sul, Sudeste e Centro-Oeste, a região nordeste não apresenta a melhor infraestrutura, e o número de farmacêuticos ainda não corresponde ao ideal desejado.

A centralização da dispensação de medicamentos em farmácias isoladas dos serviços de saúde está associada a melhores condições estruturais e de profissionais, no entanto o desenvolvimento da dispensação como serviço de saúde ainda não prevalece em qualquer tipo de farmácia ou região do país. Além disso, o espaço físico das farmácias do setor público é um problema muito sério, pois é relativamente pequeno e funciona por meio de pequenas janelas, o que dificulta a interação dos usuários com o profissional. Nesse caso, a adequação ambiental ainda é necessária para que os profissionais farmacêuticos possam oferecer atendimento humanizado e garantir a qualidade nos serviços prestados à comunidade (COSTA *et al.*, 2017b).

Nesse contexto, Costa *et al.* (2017a) identificou que as condições da área de armazenamento variaram em todos os itens entre as regiões, com diferenças estatísticas significantes, mostrando-se em geral mais deficitárias no Nordeste e Norte. Em todas as unidades dispensadoras foi encontrado pelo menos um medicamento vencido entre os 37 traçadores; os maiores percentuais estavam nas regiões Nordeste (42,2%) e Centro-Oeste (44,2%). Portanto, de acordo com o resultado apresentado algumas unidades de saúde têm revelado que a conservação dos medicamentos não tem atendido os requisitos essenciais e por isso têm ocorrido falhas no armazenamento, o que pode implicar negativamente na qualidade, eficácia e segurança dos mesmos. Tais resultados foram obtidos por meio de pesquisas aplicadas em unidades da APS em todo território brasileiro nas cinco regiões do país.

Portanto, deve-se ocorrer uma estruturação da Assistência Farmacêutica eficiente como forma de prevenir falhas, vencendo esses desafios por meio do trabalho dos gestores e profissionais do SUS, e ao mesmo tempo o gerenciamento dos recursos financeiros, buscando estratégias nas ações desenvolvidas que não devem ser limitadas só na aquisição e distribuição de medicamentos, mas na sua implementação, na elaboração de planos, programas e atividades específicas (BERMUDEZ *et al.* 2018).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados apontam avanços, todavia há desafios na região nordeste do Brasil, pois ainda como, por exemplo, as dificuldades apresentadas que comprometem a qualidade da assistência farmacêutica ofertada nas unidades de APS como a logística da distribuição de medicamentos, recursos, processo de dispensação, estruturação das farmácias, entre outros. Passando desde a disponibilidade de medicamentos básicos à promoção do uso racional de medicamentos, dispensação e à satisfação dos usuários com o serviço prestado.

A Assistência Farmacêutica na atenção básica, enfrentam desafios que precisam ser analisados, discutidos e corrigidos com a comunidade. Esses desafios envolvem muitos usuários, o que afeta negativamente os tempos de espera e o direcionamento correto do uso de medicamentos, tornando a simples entrega do produto o serviço mais importante.

Apesar dos avanços, a regularidade de impasses na gestão da Assistência Farmacêutica, vivenciados por municípios da região nordeste, revela as dificuldades ainda existente no SUS, especialmente na relação da oferta de medicamentos que exercem um relevante papel no tratamento e no processo de atenção à saúde, pode-se também constituir em fator de risco quando não usado de forma inadequada.

A assistência farmacêutica permite que o farmacêutico se aproxime do paciente para cumprir o tratamento farmacológico de forma adequada e obter resultados que melhorem a qualidade de vida do paciente. Portanto, é importante deixar a comunidade orientada sobre as condições de saúde, com a conscientização da comunidade é possível alcançar um nível de saúde mais elevado. Com base nisto, o Estado tem a obrigação de fazer a promoção do acesso, mas também e primordialmente da utilização de forma racional de fármacos para toda a sua população. Com isto, o planejamento de políticas públicas de Assistência Farmacêutica é importante para que esta meta seja cumprida.

Por fim, o presente estudo considerou os avanços e desafios na gestão da Assistência Farmacêutica, vivenciados na região Nordeste do Brasil, que apesar da necessidade de aprimoramento e dos aspectos negativos, é de grande importância no rol de intervenções em saúde, facilitando o acesso a medicamentos, conseqüentemente ao tratamento eficaz, como em contribuir para melhoria alguns aspectos relacionados à assistência farmacêutica.

Como sugestão de trabalhos futuros, esperamos que sejam realizadas mais pesquisas neste campo para mostrar as melhores formas da população obterem medicamentos de forma mais segura e eficaz.

REFERÊNCIAS

ABREU, Rhavana Dutra da Silva *et al.* Assistência farmacêutica em unidades básicas de saúde: um foco no serviço farmacêutico. *Brazilian Journal of Health Review*, v. 3, n. 4, p. 9897-9911, 2020.

BARBERATO, Luana Chaves; SCHERER, Magda Duarte dos Anjos; LACOURT, Rayane Maria Campos. O farmacêutico na atenção primária no Brasil: uma inserção em construção. *Ciência & saúde coletiva*, v. 24, p. 3717-3726, 2019.

BERMUDEZ, Jorge Antonio Zepeda *et al.* Assistência Farmacêutica nos 30 anos do SUS na perspectiva da integralidade. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 23, p. 1937-1949, 2018.

CARVALHO, Marselle Nobre *et al.* Força de trabalho na assistência farmacêutica da atenção básica do SUS, Brasil. *Revista de Saúde Pública*, v. 51, 2017.

COSTA, Ediná Alves *et al.* Situação sanitária dos medicamentos na atenção básica no Sistema Único de Saúde. *Revista de Saúde Pública*, v. 51, 2017a.

COSTA, Karen Sarmiento *et al.* Avanços e desafios da assistência farmacêutica na atenção primária no Sistema Único de Saúde. *Revista de Saúde Pública*, v. 51, 2017b.

FERNANDES, Luana Leal. Principais Dificuldades Encontradas pelos Farmacêuticos no Setor Público. *Revista FAROL*, v. 14, n. 14, p. 64-73, 2021.

FEIJÓ, Gabriele; OBARA, Francis Hiroto; AVILA, Renato Nogueira Perez. Descrição da assistência farmacêutica na saúde pública. 2018 Disponível em: https://www.inesul.edu.br/revista/arquivos/arq-idvol_71_1608053825.pdf. Acesso em: 20.abr.2023.

GOMES, Amanda Brisa de Sousa; MEDEIROS, Flavianne Rocha Fortes; PINHEIRO NETO, Manoel Lucio. Análise logística da assistência farmacêutica de um hospital do nordeste brasileiro. *Research, Society and Development*, v. 9, n. 2, p. e155922210-e155922210, 2020.

LEITE, Silvana Nair *et al.* Infraestrutura das farmácias da atenção básica no Sistema Único de Saúde: Análise dos dados da PNAUM-Serviços. *Revista de Saúde Pública*, v. 51, 2017.

MAXIMO, Samuel Amano; ANDREAZZA, Rosemarie; CECILIO, Luiz Carlos de Oliveira. Assistência farmacêutica no cuidado à saúde na Atenção Primária: tão perto, tão longe. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 30, n. 1, p. e300107, 2020.

MOREIRA, Thais de Abreu *et al.* Uso de medicamentos por adultos na atenção primária: inquérito em serviços de saúde de Minas Gerais, Brasil. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v. 23, 2020.

OLIVEIRA, Wendell Rodrigues; COSTA, Karen Sarmiento; TAVARES, Noemia Urruth Leão. Gestão da Assistência Farmacêutica em Regiões de Saúde do Ceará: um recorte do Projeto QualiSUS-Rede. *Revista Gestão & Saúde*, v. 9, n. 1, p. 95-109, 2018.

ROCHA, Jéssica Soares; BATISTA, Almária Mariz. Assistência farmacêutica na atenção primária sob a ótica de prescritores de medicamentos de um município do Seridó Oriental Potiguar. *Infarma-Ciências Farmacêuticas*, v. 33, n. 2, p. 175-187, 2021.

ROVER, Marina Raijche Mattozo *et al.* Avaliação da capacidade de gestão do componente especializado da assistência farmacêutica. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 22, p. 2487-2499, 2017.

TEIXEIRA, Silvana Rocha; TELES, Mauro Fernandes; MOREIRA, Pablo Maciel Brasil. Avaliação do perfil da assistência farmacêutica dos municípios do Sudoeste da Bahia. ID on line. *Revista de psicologia*, v. 11, n. 38, p. 454-467, 2017.

SOEIRO, Orlando Mario *et al.* Satisfação de usuários com serviços da assistência farmacêutica na atenção primária no Brasil. *Revista de Saúde Pública*, v. 51, 2017.

SOLER, Orenzio *et al.* A reorientação da assistência farmacêutica na secretaria municipal de saúde de Belém (PA): Relato de experiência. *Revista Eletrônica de Farmácia*, v. 14, n. 4, 2017.

Apontamentos para Política Pública de Saúde através de dados de judicialização – Estado da Bahia, Brasil

Andrea Machado Teixeira Dias

RESUMO

Observa-se um aumento da litigiosidade na busca de garantia constitucional do direito à saúde, principalmente nas demandas por medicamentos e leitos a serem disponibilizados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), sistema Universal e gratuito no Brasil. Esta situação tem causado impacto à execução das Políticas Públicas de Saúde, no que se refere, principalmente, ao impacto financeiro ao sistema. As medidas requeridas para salvaguardar o direito do paciente, a constatação da complexidade da estrutura do SUS, o desconhecimento e falta de integração dos Programas de Saúde Pública, as limitações de atuação do Poder Judiciário, a carência de intersetorialidade, por vezes, dificultam tal fim. Através dos dados da Câmara de Conciliação da Saúde, criada em 2016, no Estado da Bahia, com o propósito de tratamento extrajudicial das demandas na Saúde, principalmente medicamentos, pode-se destacar indicadores para avaliação da Política Pública de Saúde, no caminho para sua efetividade. Os dados obtidos pelo sistema da CCS, de sua fundação em 2016 a novembro de 2022, mostram maioria de solicitações por medicamentos fora da RENAME (Relação Nacional de Medicamentos), origem de prescrições dos serviços públicos de saúde; demandas de responsabilidade da União, conforme pactuação federativa; aumento significativo de solicitações por Fórmulas e Suplementos Alimentares; apontam também para incremento na complexidade e custos dos medicamentos solicitados, divergentes dos disponibilizados pelos programas nacionais e regionalizados. Tal situação sugere revisão de atos, interações e atualizações em campos diversos e complexos, em muitos casos com uma urgência que, no caso da Saúde, não permite o lento deslocamento das instituições públicas ao seu conteúdo. Relevante pensar em que medida a exigência de uma organização administrativa pode ser corrigida pelos tribunais, considerando aspectos orçamentários, determinantes sociais, busca de equidade, impactos de políticas neoliberais, modos de formação e contratação de profissionais, conflitos entre o público e o privado.

Palavras-chave: política de saúde. judicialização da saúde. políticas sociais.



INTRODUÇÃO

Este estudo procura abordar um objeto que vem sendo estudado em crescente nos últimos anos e traz consigo uma discussão com diversos pontos de vista, considerações intersetoriais, discussão de funções e delimitação de Poderes, efetivação de direitos sociais, aqui com enfoque na complexidade da efetivação das políticas públicas de saúde na atualidade, e o crescente fenômeno da judicialização que acompanha o desenvolvimento do Sistema Único de Saúde.

Identifica-se atualmente e desde a criação do SUS, na Constituição de 1988, crescente a Judicialização da Saúde, por acesso a leitos, procedimentos e, principalmente para aquisição de medicamentos (ASENSI E PINHEIRO, 2015; TORRES, 2013).

Busca-se aqui refletir sobre os fatores da judicialização diante dos seus efeitos nas políticas de saúde e possibilidades de efetivação de direitos e desenvolvimento de cidadania no atual contexto brasileiro.

Observa-se um aumento da litigiosidade na área da saúde na busca de garantia constitucional do direito à saúde, principalmente em demandas por medicamentos a serem fornecidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e críticas quanto aos efeitos negativos que esta situação tem causado à execução das Políticas Públicas de Saúde, no que se refere, principalmente, ao impacto financeiro ao sistema. Das medidas requeridas para salvaguardar o direito do paciente constata-se também que a complexidade da estrutura do SUS e o desconhecimento dos Programas de Saúde Pública, por vezes, dificultam tal fim.

A crescente judicialização das Políticas Sociais, percebe-se em crescente desde o início do século passado, com o advento das Constituições do México (1917) e da Alemanha (1919), na medida em que as Constituições passaram a incorporar em seus textos, objetivos e diretrizes políticas, transformando em questões jurídicas as questões de política. Do mesmo modo a Constituição brasileira de 1988. Assim, as atividades políticas do Estado, qualificadas como questões jurídicas, passam a sujeitar-se ao crivo do Poder Judiciário (CUNHA Jr., 2016).

O contexto da judicialização no Brasil é fruto de um processo de redemocratização do país, que culminou na promulgação da Constituição de 1988, onde algumas questões são disciplinadas em norma constitucional, transformando-se potencialmente em pretensão judicial (BARROSO, 2004). Há maior nível de informação e de consciência de direitos, assim como aumento da demanda por justiça na sociedade brasileira. Há expansão institucional do Ministério Público e acesso ampliando-se pelas Defensorias Públicas.

Ao mesmo tempo há dificuldades do Estado com as garantias sociais, constitucionais e muitas questões têm sido alçadas ao Supremo Tribunal Federal, que tem desenvolvido protagonismo nas decisões institucionais no Brasil. Diversas questões estão nas manchetes de jornais e alçadas à visibilidade pública, o que contribui para a transparência, para o controle social, e, em última análise, para a democracia.

Em suma, a Judicialização significa que algumas questões de larga repercussão política ou social estão sendo decididas por órgãos do Poder Judiciário e não pelas instâncias políticas tradicionais: o Congresso Nacional e o Poder Executivo. Inclusive, tendo

o julgamento com maior visibilidade e debate público, em alguns casos, do que o processo legislativo que resultou da elaboração da lei. (BARROSO, 2004).

Uma vez estabelecida a vinculação com o direito à saúde, à vida, sua não concretização, sua não efetividade começa a ser exigida através do poder judiciário. E neste caminho um sistema em formação, em por vir, enfrenta os diversos obstáculos para sua implementação. Diante de liminares judiciais concedidas para cumprimento de demandas não alcançadas pelos indivíduos, a administração dos recursos tanto administrativos, estruturais como financeiros começam a mostrar colapso, incapacidade de organização e não atendimento à garantia ao direito previsto. Assim um ciclo tem se perpetuado em curva crescente. Segundo Barroso (2009), o sistema começa a apresentar sintomas de que pode morrer da cura.

Questões críticas colocam-se entre a defesa do direito individual e a defesa do direito coletivo e fontes de financiamento do sistema. Entram na discussão as definições e atribuições dos Poderes (Executivo, Legislativo e Judiciário), o poder Judiciário que tem sua atuação chamada à busca da efetividade das Políticas Públicas (CUNHA JÚNIOR, 2016) e o posicionamento dos magistrados respondendo às demandas nas quais nem sempre podem avaliar isoladamente, sem troca de informações, contextualização e interação interdisciplinar.

A criação do SUS, a partir da Constituição de 1988, marca a saúde como direito de todo cidadão,

Saúde é direito de todos e dever do Estado (cap. II, art. 196, Constituição Federal de 1988).

Saúde é direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis de seu pleno exercício. (art. 2o. Lei 8080, de 1990).

São fatores determinantes da Saúde as condições de bem-estar físico-mental e social (art. 3o.).

O SUS se estrutura de forma tripartite, com responsabilidades partilhadas entre as esferas de governo e tem estrutura legal para garantir o direito fundamental à saúde, no conceito mais amplo de bem-estar social. Prevê a participação social no planejamento, controle e monitoramento através dos conselhos, ouvidorias e auditorias.

A Política de Saúde, constituída como Sistema Único de Saúde (SUS), tem como princípios:

Universalização: a saúde é um direito de cidadania de todas as pessoas e cabe ao Estado assegurar este direito, sendo que o acesso às ações e serviços deve ser garantido a todas as pessoas, independentemente de sexo, raça, ocupação, ou outras características sociais ou pessoais.

Equidade: o objetivo desse princípio é diminuir desigualdades. Apesar de todas as pessoas possuírem direito aos serviços, as pessoas não são iguais e, por isso, têm necessidades distintas. Em outras palavras, equidade significa tratar desigualmente os desiguais, investindo mais onde a carência é maior.

Integralidade: este princípio considera as pessoas como um todo, atendendo a todas as suas necessidades. Para isso, é importante a integração de ações, incluindo

a promoção da saúde, a prevenção de doenças, o tratamento e a reabilitação. Juntamente, o princípio de integralidade pressupõe a articulação da saúde com outras políticas públicas, para assegurar uma atuação intersetorial entre as diferentes áreas que tenham repercussão na saúde e qualidade de vida dos indivíduos.

E princípios organizativos:

Regionalização e Hierarquização: os serviços devem ser organizados em níveis crescentes de complexidade, circunscritos a uma determinada área geográfica, planejados a partir de critérios epidemiológicos, e com definição e conhecimento da população a ser atendida. A regionalização é um processo de articulação entre os serviços que já existem, visando o comando unificado dos mesmos. Já a hierarquização deve proceder à divisão de níveis de atenção e garantir formas de acesso a serviços que façam parte da complexidade requerida pelo caso, nos limites dos recursos disponíveis numa dada região.

Descentralização e Comando Único: descentralizar é redistribuir poder e responsabilidade entre os três níveis de governo. Com relação à saúde, descentralização objetiva prestar serviços com maior qualidade e garantir o controle e a fiscalização por parte dos cidadãos. No SUS, a responsabilidade pela saúde deve ser descentralizada até o município, ou seja, devem ser fornecidas ao município condições gerenciais, técnicas, administrativas e financeiras para exercer esta função. Para que valha o princípio da descentralização, existe a concepção constitucional do mando único, onde cada esfera de governo é autônoma e soberana nas suas decisões e atividades, respeitando os princípios gerais e a participação da sociedade.

Participação Popular: a sociedade deve participar no dia a dia do sistema. Para isto, devem ser criados os Conselhos e as Conferências de Saúde, que visam formular estratégias, controlar e avaliar a execução da política de saúde.

As Leis 8.080 e 8.142, ambas em 1990, regulamentam e institucionalizam o sistema. A Política de Saúde, então, assim como as demais políticas sociais, está sujeita à múltiplos determinantes, às vezes contraditórios, e assume a saúde como um direito inerente à condição de cidadania. A cidadania vista como a dimensão pública dos indivíduos, que se pressupõe integrados e cooperativos na comunidade política, enquanto autônomos, isolados e competitivos na dimensão privada (Fleury, Overney, 2012).

São estabelecidos objetivos que, para atingi-los, torna-se necessária interação de outros sistemas, interações políticas e de diferentes setores.

Na sua execução há responsabilidades partilhadas entre as esferas de governo. Os municípios têm papel fundamental na base e início dos processos em saúde e a complexidade aumenta em custos e responsabilidades nas instâncias estaduais e federais. A instância federal tem a responsabilidade maior na instituição da Política e em grande parte dos financiamentos. A regionalização a ser estabelecida tem grande dependência nas relações entre municípios e estados, estruturação das ações integradas e distribuição de recursos.

Diante de crescente judicialização, Barroso (2009) aponta que, o art. 196 da Constituição Federal de 1988, deixa claro que a garantia do direito à saúde se dará por meio de políticas sociais e econômicas, não através de decisões judiciais. A jurisprudência brasileira sobre concessão de medicamentos tem se apoiado numa abordagem individualista dos problemas sociais, quando uma gestão eficiente dos escassos recursos públicos deveria ser concebida como política social, sempre orientada pela avaliação de custos e benefícios.

Apesar de arcabouço provido pela Política Pública de Saúde (SUS), o estabelecimento de Protocolos Clínicos e de Diretrizes Terapêuticas publicado pela CONITEC (Comissão

Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde), e RENAME (Relação Nacional de Medicamentos), pelo Ministério da Saúde, existência de Política de Assistência Farmacêutica, que privilegia evidências científicas e uso racional de medicamentos, há diversos entendimentos sobre critérios para concessão destes, conhecimento da sua eficácia e de qual entidade estatal deve ser responsabilizada pela entrega. Deste modo, os processos acarretam superposição de esforços e de defesas, gerando, por vezes, disfuncionalidade da prestação jurisdicional e até do cotidiano nas prescrições médicas. Os excessos e inconsistências que acabam por ocorrer, põe em risco a continuidade das políticas públicas, a partir da conseqüente desorganização da atividade administrativa, impedindo alocação racional dos recursos públicos. Deste modo a pretensão de promover direitos fundamentais de uns, poderia causar grave lesão a direitos da mesma natureza de outros tantos.

Neste contexto, o CNJ relata o desenvolvimento de estratégias para estabelecer uma política judiciária para a Saúde, como o Fórum Nacional do Judiciário para a Saúde, Comitês Estaduais de Saúde e recomendações para decisões diante das demandas apresentadas. Parte-se do pressuposto de que a atuação do Judiciário é crucial para o resgate efetivo da cidadania e realização do direito à saúde, mesmo diante das tensões com a administração pública que tal exercício pode resultar. Procura-se superar o modelo adversarial e estabelecer uma forma de atuação mais comprometida com o caso concreto (ASENSI E PINHEIRO, 2015).

O CNJ recomenda aos Tribunais (Recomendação 31/2010) a adoção de medidas visando a melhor subsidiar os magistrados e demais operadores do direito, para assegurar maior eficiência na solução das demandas judiciais envolvendo a assistência à saúde:

I. Recomendar aos Tribunais de Justiça dos Estados e aos Tribunais Regionais Federais que:

a) até dezembro de 2010 celebrem convênios que objetivem disponibilizar apoio técnico composto por médicos e farmacêuticos para auxiliar os magistrados na formação de um juízo de valor quanto à apreciação das questões clínicas apresentadas pelas partes das ações relativas à saúde, observadas as peculiaridades regionais;

b) orientem, através das suas corregedorias, aos magistrados vinculados, que:

b.1) procurem instruir as ações, tanto quanto possível, com relatórios médicos, com descrição da doença, inclusive CID, contendo prescrição de medicamentos, com denominação genérica ou princípio ativo, produtos, órteses, próteses e insumos em geral, com posologia exata;

b.2) evitem autorizar o fornecimento de medicamentos ainda não registrados pela ANVISA, ou em fase experimental, ressalvadas as exceções expressamente previstas em lei;

b.3) ouçam, quando possível, preferencialmente por meio eletrônico, os gestores, antes da apreciação de medidas de urgência;

b.4) verifiquem, junto à Comissão Nacional de Ética em Pesquisas (CONEP), se os requerentes fazem parte de programas de pesquisa experimental dos laboratórios, caso em que estes devem assumir a continuidade do tratamento;

b.5) determinem, no momento da concessão de medida abrangida por política pública existente, a inscrição do beneficiário nos respectivos programas; [...]. (PUBLI-CADO NO DJ-E nº 61/2010, p. 4-6)

Neste contexto evidencia-se a exigência de cidadania não apenas do usuário que procura um serviço pontual, um direito seu, mas também de profissionais, gestores, legisladores, magistrados, no conhecimento de seus direitos e deveres no Estado democrático de direito.

O funcionamento do SUS prescinde democracia e cidadania, funcionamento em rede, integralidade, comunicação entre entes, controle social; gestão tripartite, responsabilidades partilhadas. A falha nas políticas públicas (lugar do SUS como política pública) aponta para uma falha na capacidade dialógica, de negociação, de verificação e busca de soluções das necessidades da população em seus diversos níveis.

O SUS como Política Pública que prevê controle social, não tem alcançado este diálogo em todas as suas pontas. Na sua materialização, o Poder Judiciário, através do papel das Defensorias Públicas e do Ministério Público, têm sido as portas para este acesso, muitas vezes não encontrado nos setores administrativos da Saúde.

Alguns estudos apontam para entes envolvidos na prestação e na judicialização dos serviços em saúde caminhando para uma linha de atuação comum, viável ao SUS, que conjugue os interesses individuais com a percepção coletiva do mesmo direito (AGU, 2014).

Nesta organização com atribuições definidas, a judicialização da saúde poderia não ser a solução ideal para a efetivação do direito à saúde. Outras estratégias que poderiam ser definidas com a presença do Judiciário, mas sem necessariamente judicializar as demandas. A valorização do diálogo institucional aparece em alguns textos e o surgimento de soluções administrativas através de estruturas como as câmaras técnicas, intersetoriais, como no Estado da Bahia, a Câmara de Conciliação da Saúde e outras pelo Brasil.

No texto do convênio que institui a Câmara de Conciliação de Saúde (*Diário Oficial do Estado da Bahia, 17 de outubro de 2015*) declara-se que uma parcela significativa das demandas ajuizadas é solucionada antes da sentença, com o fornecimento, mediante cadastro, de medicamentos incorporados aos programas públicos do SUS e a realização do exame ou procedimento cirúrgico pleiteado, e que os litígios na área de saúde requerem, na maior parte dos casos, medidas urgentes para salvaguardar o direito do paciente e que a complexidade da estrutura do Sistema Único de Saúde – SUS e o desconhecimento dos Programas de Saúde Pública, por vezes, dificultam tal fim.

No estado da Bahia, cabe à SESAB e à SMS implantar e executar as políticas de Saúde, sendo responsáveis pela execução de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, assim como preconiza o SUS, estando profissionais vinculados à estas secretarias no corpo técnico da CCS, com a função de articular tais conhecimentos em busca das soluções administrativas possíveis e mediadas, com objetivo do atendimento à necessidade apresentada antes que se estabeleça o conflito judicial. Também compõem a Câmara de Conciliação de Saúdes servidores cedidos pelas Procuradorias Gerais do Estado da Bahia e do Município de Salvador, das Defensorias Públicas da União e do Estado da Bahia, do Ministério Público do Estado da Bahia.

Diante deste contexto, buscou-se dados da Câmara de Conciliação de Saúde da Bahia, que iniciou suas atividades em novembro de 2016, considerando dados até

novembro de 2022, com objetivo de analisar características das demandas que buscariam judicialização e foram tratadas de forma administrativa, com vistas a destacar possíveis características que possam apontar indicadores para avaliação da Política de Saúde, em sua abrangência e interdependência para sua execução. Podem apontar convergências e/ou divergências quanto aos princípios e diretrizes estabelecidos na Políticas, e ampliação de entendimento e interação nos atores nestes fluxos para sua maior integralidade e efetividade e na busca de maior equidade na aplicação e organização, distribuição dos recursos.

Entre as demandas judicializadas no país, encontram-se os pedidos por medicamentos fora da lista da RENAME (Relação Nacional de Medicamentos), sem inclusão em critérios definidos em PCDT (Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas) pelo Ministério da Saúde e sem registro na ANVISA (Agência Nacional de Vigilância Sanitária). São características encontradas nos processos prescrições com nome comercial do medicamento (apesar de Denominação Comum Brasileira- DCB e Lei dos Genéricos), relatórios com frágil argumentação da necessidade de uso do medicamento solicitado em detrimento de outro existente na RENAME para dispensação. Justifica-se preferência médica por medicamentos atuais, pressão de laboratórios por inserção de novas drogas (TORRES, 2013).

Em estudo realizado, o CNJ identificou características das demandas, como o foco curativo; predominância da litigação individual; tendência de deferimento final e na antecipação de tutela (na maioria dos casos, houve deferimento do pedido de antecipação de tutela sem pedido de informações complementares).

As secretarias de saúde que executam os orçamentos, planejamento aquisição e distribuição dos medicamentos referem dificuldades para efetivação do cumprimento das demandas judiciais, pautadas também na discussão da distribuição das responsabilidades de acordo com a estrutura definida pelo SUS.

Os serviços e profissionais que solicitam medicamentos referem demora na avaliação e incorporação de novas tecnologias (medicamentos, no caso, que são de responsabilidade da CONITEC no Ministério da Saúde), e busca-se a validade dos estudos com qualificadas evidências científicas. A administração tem dificuldades para acompanhar o ritmo de crescimento das ações judiciais e acaba por gerar um atendimento ao cidadão diverso do estabelecido pelas Políticas traçadas (AGU, 2014).

O teor das decisões defere a garantia dos direitos individuais de acesso, mas os questionamentos dos impactos no coletivo caminham em paralelo, numa equação complexa de resolução no momento sócio-político-econômico do país. Nesta ponderação para as decisões invoca-se o direito à vida e à saúde de uns versus o direito à vida e à saúde de outros, sem haver solução juridicamente simples (BARROSO, 2009).

RESULTADOS

No período de novembro de 2016 até novembro de 2022, conforme dados da CCS, foram realizados atendimentos a 8465 cidadãos cadastrados, que geraram 21450 pareceres

emitidos sobre os medicamentos/fórmulas e suplementos alimentares solicitados. O perfil identificado neste contexto corresponde a 43,6% a pacientes com idade maior ou igual a 61 anos, seguido de 30,9% pela faixa de 41 a 60 anos. Quanto aos medicamentos solicitados, em sua quase totalidade fora da RENAME e de protocolos e listas Municipais e Estaduais, os pareceres emitidos totalizaram em 28% orientação de existência da possibilidade de substituição de produto solicitado por produto existente e disponível no SUS, 26% foram orientados para dispensação nas unidades correspondentes e inclusão em programas de assistência terapêutica que avaliam e dispensam os medicamentos solicitados. Orientações diversas sobre os medicamentos, fluxos de dispensação, documentos necessários etc., formaram o montante de 20% das demandas. Houve impossibilidade de adequar e viabilizar a dispensação por via administrativa em cerca de 17% das demandas. Ocorreram também pendências a serem solicitadas aos médicos prescritores, havendo quantidade significativa de solicitações não acompanhadas por relatório médico, sem CID (classificação Internacional de Doenças), com dados incompletos, conforme necessário para solicitação aos entes públicos, principalmente a medicamentos especializados (alto custo). Destaca-se, no decorrer dos anos citados, o aumento e predominância sobre as solicitações de medicamentos, das Fórmulas e Suplementos Alimentares, que não possuem fluxo estabelecido pelo Ministério da Saúde para sua dispensação. Estado e Município estabelecem critérios e fluxos com recursos próprios para buscar atender estas demandas, quando se referem ao tratamento de patologias. São muito solicitados no tratamento oncológico, em casos de desnutrição grave, para tratamento de patologias neurológicas, como epilepsia (dieta cetogênica) e doenças metabólicas. Outro dado de relevância refere-se às instituições demandantes, que são majoritariamente públicas, vinculadas a rede SUS de nível federal, vínculo universitário e/ou filantrópicas.

DISCUSSÃO

No Brasil, na atualidade tem-se vivenciado descompasso entre as promessas contidas na concepção de Políticas Públicas de cunho social, no que tange seu aspecto normativo, e a realidade de sua execução.

A aplicação imediata dos direitos fundamentais apresenta dificuldades na prestação, dependente de uma conduta positiva por parte do Estado, que, em sua omissão ou falha, torna direito do cidadão a exigência do seu cumprimento.

Nesta reflexão, relevante compreender conceito e concepção de Políticas Públicas e da Política de Saúde como uma Política Social, em crítica ao seu desenvolver nos últimos anos e atual panorama.

O termo Políticas Públicas tem natureza social e são entendidas como programas que determinam os caminhos para que se alcance determinados objetivos, fins previstos na Constituição Federal, de forma sistemática e abrangente (GOMES, 2015). Envolvem atividades executivas, normativas, reguladoras e de fomento. Sua regulamentação acontece através da própria Constituição Federal, leis federais, estaduais e municipais, assim como por normas editadas pelo Poder Executivo (que podem necessitar de filtagem constitucional). Estão sujeitas, deste modo ao controle judicial.

Em sua concepção, as políticas públicas possuem as dimensões normativo-hipotética e a de execução. Decorrem de escolhas, eleitas de forma multifatorial (social, econômico, político, cultural) e envolvem diversos ramos do conhecimento humano. Representam atuações do Estado voltadas a desígnios relevantes para a comunidade, seja produzindo efeitos coletivos ou sobre experiências privadas.

Em sua execução estão previstas ações entre a esfera pública e a privada, como meios para atingimento de direitos no Estado de Direito brasileiro. As falhas no seu cumprimento mostram-se como pontos críticos em uma de suas dimensões, sujeito a correções devidas (administrativamente e, principalmente judiciais).

A concreção da Política Pública passa pelo primeiro momento de atos viabilizadores (portarias, ordens de serviço etc.) e conseqüentes ações concretas.

Para o alcance de seus fins, as Políticas Públicas preveem metas, estabelecendo para onde devem fluir as atividades do Estado e particulares, assim como os resultados que buscam ser alcançados e seus caminhos a serem trilhados. Suas metas levam tempo a serem atingidas e não devem ser circunstanciais ou episódicas, referem-se a direitos fundamentais de complexo atingimento.

Consideram-se estágios para sua existência, a saber, a formulação, implementação e avaliação. Implementação e a avaliação devem estar previstas nos instrumentos normativos pertinentes. A avaliação é fase relevante para a continuidade da Política, implicando sua revisão e, se necessário a mudança de rumos.

Constituem-se empecilhos ao se constituir uma política pública quando existem dúvidas quanto aos limites de atuação dos entes responsáveis para desenvolvê-la, o que compromete a segurança jurídica e a realização dos objetivos de interesse público.

As políticas públicas têm princípios reitores e diretrizes que garantem coerência e unidade, influenciando comportamentos legislativos e administrativos e conformam a interpretação de diferentes normas componentes da Política.

O ajuste entre o que é efetivamente praticado e as previsões normativas carece de avaliação permanente a despeito dos elementos que compõem a Política e seu alcance a contento.

Para conhecer o alcance das normas que compõem as políticas públicas é necessária pesquisa circunstanciada, ponderação dos princípios envolvidos e de argumentos que explorem os aspectos relevantes para a construção da Política.

É presente o questionamento de pôr quais caminhos a judicialização das Políticas contribui para a efetividade do direito?

Diante da necessidade de prestação material para o alcance de direitos fundamentais, a vinculação à existência de orçamento não pode ser resposta única e prevalente. Relevante pensar em que medida a exigência de uma organização administrativa pode ser corrigida pelos tribunais. Por quais caminhos a intersetorialidade necessária para o cumprimento da efetiva Política de Saúde se cruza, se perde, avança nas práticas, que garantirão o “direito à Saúde”?

Enfim, o debate sobre o cumprimento de políticas sociais se aquece, ainda na constatação do seu colapso, na busca dos pactos sociais, dos pactos entre Estado e Sociedade necessários e desconstruídos na contemporaneidade.

Os poderes executivo e legislativo vão organizando-se neste modelo, não sem enfrentar muitas dificuldades. Neste trajeto as dificuldades de materialização das práticas previstas pelo SUS, defendidas e explicitadas em suas Políticas de Gestão, de Financiamento, de Educação na Saúde, de Assistência Farmacêutica, de Humanização e tantas outras, expõem, na prática, pontos críticos que geram impossibilidades na assistência aos usuários de modo integral e universal, e se elevam demandas judiciais para sua reivindicação.

Na identificação das características desta realidade entre a assistência e a judicialização decorrente da falta dela, em avaliação mais crítica, desvela-se o desconhecimento do “roteiro” do fazer no SUS, garantido constitucionalmente, pelos próprios profissionais de saúde e falta de voz, tanto dos usuários como dos trabalhadores do sistema.

Por outro lado, o Poder Judiciário é chamado à efetivação dos preceitos constitucionais e defesa dos direitos humanos, em crescente controle judicial das políticas públicas (CUNHA JUNIOR, 2016).

Num sistema de proteção social, que se constitui histórico e dinâmico, há que haver interação com transformações sociais, econômicas, políticas, culturais, dentre outras, através de processos de mobilização e reestruturação para que desempenhe seu papel na garantia do bem-estar das populações. Neste sentido, o diálogo interinstitucional, entre Poderes e com a sociedade, precisa manter-se vivo e atuante através de mecanismos que lhes dê legitimidade.

Um aspecto essencial para compreender como as políticas interagem com a sociedade, como afetam a prática, é o conhecimento das realidades setoriais, concretas, para além do projeto ideal (FLEURY, OUVREY, 2012).

É preciso o desenvolvimento concreto de ações. As políticas afetam e são afetadas por outras áreas, pelas relações econômicas, culturais e políticas. A Integralidade é definida na CF 1988, art. 198, como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso, em todos os níveis do sistema. Integralidade esta, a ser realizada na atitude profissional nos programas de assistência e nas políticas de governo, deve ser pautada na integração de serviços para além da saúde, de forma a garantir o cuidado do sujeito com ações intersetoriais que envolvam não só ações de cuidados aos usuários, mas também ações macro, como intervenções sociais, políticas e econômicas.

Teoria e prática guardam ainda grande distância, com práticas e estruturas/fluxos que reforçam o modelo hospitalocêntrico, biológico, verticalizado e longe de rotinas que garantam a autonomia e construção de vínculos entre usuários e trabalhadores e entre diferentes setores (SANTOS, KIND, 2020).

Observa-se, deste modo, a complexidade de construção e de atos para a execução da Política de Saúde no Brasil, considerando ainda, as demais políticas que a compõem

e interagem na realidade desta execução. Tais políticas e suas normativas têm sido alteradas nos anos de sua implementação, o que gera necessidade de uma agilidade no acompanhamento, na divulgação e no conhecimento por parte de todos os operadores de sua realidade e do seu monitoramento.

O decreto no. 7.508, de 28 de junho de 2011, regulamenta a lei 8.080 de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do SUS, o planejamento e a assistência à Saúde e a articulação interfederativa. Tal decreto estabelece que o acesso universal e igualitário aos medicamentos dar-se-á de modo vinculado à Relação Nacional de Medicamentos (RENAME), de acordo com os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT). Esta relação compreende a seleção e padronização dos medicamentos indicados para doenças e agravos no âmbito do SUS, sendo que somente o Ministério da Saúde pode estabelecer regras diferenciadas para o acesso a medicamentos do Componente Especializado (chamados de “alto custo”). No decreto também se estabelece que o acesso universal e igualitário à assistência farmacêutica pressupõe que o usuário seja assistido por ações e serviços do SUS, que o medicamento seja prescrito por profissional de Saúde no exercício regular de suas funções no SUS, e que a prescrição esteja, então, em conformidade com a RENAME e os PCDT ou, ainda possível, com relações complementares de medicamentos estabelecidas pelas gestões estadual, distrital ou municipal (http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508).

A Resolução Nº 338 de 06 de maio de 2004, pelo Plenário do Conselho Nacional de Saúde, em uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei Nº8080 de 19 de setembro de 1990 e pela Lei nº 8142 de 28 de dezembro de 1990, traz ainda:

XII – estabelecimento de mecanismos adequados para a regulação e monitoração do mercado de insumos e produtos estratégicos para a saúde, incluindo os medicamentos

XIII- promoção do uso racional de medicamentos por intermédio de ações que disciplinem a prescrição a Dispensação e o consumo.

O exame das regras estruturadas da política permite verificar se dela decorrem direitos ou se a conduta do ente público está constitucionalmente adequada como ponto de partida para sua construção (ente Legislador ou administrador) e a verificação de sua higidez normativa ou concreta, através das regras que a compõem (pelo operador jurídico), podem minimizar conflitos à posteriori do andamento na realidade social onde a política se propõe a organizar e efetivar (GOMES, 2015).

A Constituição jurídica e a realidade político-social necessitam de adaptação, de ajuste entre a realidade despida de elementos de normatividade e a normatividade esvaziada de elementos da realidade. A norma constitucional não tem existência autônoma em face da realidade, mesmo porque só se concretiza quando aplicada à realidade. Deste modo, a pretensão de eficácia não pode ser separada das condições históricas de sua realização (HESSE, 1991). A Constituição impõe tarefas que só se realizam se houver vontade de concretizar tal ordem.

Algumas das críticas aos efeitos da judicialização da Política de Saúde, recaem sobre a demora na avaliação e incorporação de novas tecnologias (medicamentos, no caso, que são de responsabilidade da CONITEC no Ministério da Saúde), referida por

profissionais e serviços que solicitam medicamentos, e busca-se a validade dos estudos com qualificadas evidências científicas.

Por outro lado, a administração tem dificuldades para acompanhar o ritmo de crescimento das ações judiciais e acaba por gerar um atendimento ao cidadão diverso do estabelecido pelas políticas traçadas, a partir do desarranjo orçamentário no cumprimento destas demandas (AGU, 2014).

Diante destes conflitos, da busca pelos parâmetros normativos e sua relação contextual, até mesmo para melhor entendimento se o descumprimento administrativo gerou o desarranjo orçamentário ou o contrário.

Em dados atuais, a Judicialização custa 1,3 bi à União (INSPER, 2020), envolve demandas legítimas de direitos e aponta para a disputa de alocação de recursos na sociedade, posto que a União deslocaria recursos de outros programas para pagar a conta da judicialização.

De 2009 a 2017 o número anual de processos reativos à saúde no Brasil praticamente triplicou, em comparação com demais demandas judiciais, que declinaram (INSPER, 2020).

No caso da saúde privada, o recurso às cortes também pode ser uma via para que os contratos entre operadoras e seus clientes sejam cumpridos e respeitem as regras específicas. Tais demandas, à primeira vista, buscam justas medidas para que o sistema funcione de modo previsto e garanta o direito. No entanto, parte dos processos referem-se a procedimentos e medicamentos não previstos pela política pública e não previstos nos contratos das operadoras de saúde. Daí a gerar alto custo para o erário, não previsto, planejado, e sob risco da falta de eficácia comprovada.

A título dos dados atualizados, seguem os infográficos baseados no estudo Judicialização da Saúde no Brasil: Perfil das demandas, causas e propostas de soluções, elaborado pelo Insper para o Conselho Nacional de Justiça (CNJ).

O número de processos em primeira instância relacionados à saúde aumentou aceleradamente de 2009 a 2017. No período, a quantidade de casos cresceu 198%, enquanto o total de processos entrando na Justiça nacional diminuiu 6%. Em 2017, 95,7 mil demandas acerca de saúde começaram a tramitar no Judiciário brasileiro

Os chamados Núcleo de Apoio Técnico do Poder Judiciário (NATJUS) são instâncias internas que os tribunais estaduais desenvolveram para análise técnica das demandas em saúde. No total, apenas 0,29% dos acórdãos citam os NAT, número que embute variação regional. No Centro-Oeste, 2,71% decisões mencionam esses órgãos especializados.

Já a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias ao SUS (Conitec) e seus respectivos protocolos, responsáveis por indicar ao Ministério da Saúde quais tecnologias e práticas devem ser incorporadas ao SUS, aparecem em menos de 0,51% das decisões. Protocolos são citados em 5,83% dos casos.

Em 2016, o gasto com demandas judiciais na saúde consumiu R\$ 1,3 bilhões. A lista com os dez medicamentos mais caros é responsável por 90% desse valor.

O dinheiro está saindo de outros programas da saúde e de outros segmentos do orçamento federal, embora haja pouca clareza e avaliação sobre os impactos mais gerais desse fenômeno. (CNJ, 2010).

É esperado que o Estado seja capaz de garantir coesão e controle sociais, mas no modelo Social objetivos valorativos devem ser perseguidos também pela coletividade, todos os poderes e setores da sociedade.

Ao sistema jurídico, a tarefa é de garantir e manter as expectativas quanto aos interesses tutelados pelo direito e oferecer respostas claras e justificadas nos casos de conflito, tendo referência normativa.

Já o sistema político opera com informações e instrumentos mais numerosos e adequados, com mais profundidade para iniciar, ajustar ou interromper seus programas de governo, tratando de decisões mais globais, em contraponto ao sistema jurídico que trata de decisões mais isoladas, do ponto de vista do chamamento ao controle da legalidade constitucional do ato em questão (CAMPILONGO, 2011).

Põe-se então, a discussão do atendimento individual das demandas versus a proteção dos interesses coletivos a serem garantidos pelas políticas públicas.

Neste sentido, tornam-se necessárias uma leitura crítica de como a realidade social se comporta por trás dos conflitos de interesses que devem ser dirimidos, e clareza se o questionado é conteúdo material de normas legais ou atos administrativos.

Há questões que se colocam nas demandas da política entre a omissão e a tomada de medidas insuficientes por parte do legislador e/ou do Executivo. A citar a constatação das demandas por medicamentos fora dos protocolos, pedidos advindos da rede pública, que implicaria em trabalhadores aptos a fazerem uma leitura crítica dos seus pacientes e alcance das terapêuticas necessárias para maior chance de bons resultados e na própria “adesão” do paciente ao tratamento, como citam em dificuldades nos resultados da terapêuticas instituídas. Deste modo pode tornar-se mais clara a trajetória na efetivação do direito à saúde, caminhando da punição para a responsabilização para tal efetivação.

No sentido de o Judiciário não substituir o legislador em suas escolhas em que tem primazia, mas exigir que os demais Poderes funcionem e atendam aos direitos fundamentais, que conformam as políticas públicas, há que se permitir e ampliar o diálogo institucional, levando em conta as implicações dos julgados sobre o funcionamento das demais esferas do Estado e os seus fundamentos.

Algumas orientações, pelo Poder Judiciário, têm aproximado o contexto aos parâmetros de julgamento, a citar, referentes à Política de Saúde:

Recomendação 31/2010 do Conselho Nacional de Justiça – CNJ:

Ementa: Recomenda aos Tribunais a adoção de medidas visando a melhor subsidiar os magistrados e demais operadores do direito, para assegurar maior eficiência na solução das demandas judiciais envolvendo a assistência à saúde (Publicado no DJ-e nº 61/2010, em 07/04/2010, p. 4-6) [...]

I. Recomendar aos Tribunais de Justiça dos Estados e aos Tribunais Regionais Federais que:

a) até dezembro de 2010 celebrem convênios que objetivem disponibilizar apoio técnico composto por médicos e farmacêuticos para auxiliar os magistrados na formação de um juízo de valor quanto à apreciação das questões clínicas apresentadas pelas partes das ações relativas à saúde, observadas as peculiaridades regionais;

b) orientem, através das suas corregedorias, aos magistrados vinculados, que:

b.1) procurem instruir as ações, tanto quanto possível, com relatórios médicos, com descrição da doença, inclusive CID, contendo prescrição de medicamentos, com denominação genérica ou princípio ativo, produtos, órteses, próteses e insumos em geral, com posologia exata;

b.2) evitem autorizar o fornecimento de medicamentos ainda não registrados pela ANVISA, ou em fase experimental, ressalvadas as exceções expressamente previstas em lei;

b.3) ouçam, quando possível, preferencialmente por meio eletrônico, os gestores, antes da apreciação de medidas de urgência;

b.4) verifiquem, junto à Comissão Nacional de Ética em Pesquisas (CONEP), se os requerentes fazem parte de programas de pesquisa experimental dos laboratórios, caso em que estes devem assumir a continuidade do tratamento;

b.5) determinem, no momento da concessão de medida abrangida por política pública existente, a inscrição do beneficiário nos respectivos programas; [...] (CNPJ, 2010)

Decisão do Supremo Tribunal de Justiça – STJ (2018):

A primeira Seção do STJ, em 25.4, concluiu o julgamento de recurso repetitivo, estabelecendo requisitos (critérios) para que o Poder Judiciário determine o fornecimento de remédios fora da lista do Sistema Único de Saúde (SUS).

Importa anotar, todavia, que os critérios fixados, em virtude da modulação dos seus efeitos, só serão exigidos nos processos judiciais distribuídos a partir dessa decisão.

Em síntese, restou decidido que o Poder Judiciário poderá determinar ao poder público o fornecimento de medicamentos não incorporados em atos normativos do SUS, desde que presentes, cumulativamente, os seguintes requisitos:

1 – Seja comprovado pela parte autora, mediante laudo médico fundamentado e devidamente circunstanciado (da lavra de médico que assiste o paciente), de que o medicamento pleiteado lhe seja imprescindível, necessário também demonstrar a ineficácia dos fármacos fornecidos pelo SUS para o efeito do tratamento pretendido;

2 – A demonstração da incapacidade financeira do demandante (paciente) de arcar com o custo do medicamento prescrito; e

3 - Existência de registro do medicamento na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa).

Tais recomendações e estabelecimentos de critérios começam a ampliar o contexto de entendimento para o atendimento às demandas que, de fato, se necessitam corrigir para garantia do direito e sobrevivência do sistema.

Todavia são critérios que partem de entendimento de reparação da política pública de saúde, ainda curativa.

As demandas ainda se apresentam com forte características de pedidos de medicamentos sem registro na ANVISA para comercialização no Brasil, aponta-se pouca busca de informação de evidência científica segura, validada no Brasil, no caso, pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC), ou ainda validada pelos órgãos competentes em outros países, sob o risco da falta de garantias do uso para a segurança de saúde do solicitante.

No caso da saúde ainda, a prestação material não se limita a equipamentos físicos para sua efetividade, como hospitais, aparelhos, tecnologias, mas também fluidez nos processos que permitem o acesso e a ação, como disponibilidade e organização de pessoal para tal, organização de fluxos, possibilidades de comunicação para o timing adequado desta prestação, que, tardia, perde seu efeito. Tais medidas dependem de gestão de orçamento, mas também de organização administrativa.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A efetivação do direito à saúde segundo as políticas públicas previstas constitucionalmente enfrenta obstáculos maiores do que tem conseguido atravessar sem intervenção judicial, na atualidade. Tal intervenção tem permitido acesso à prestação devida aos direitos sociais, porém sobre o risco de fragilizar políticas que ainda não se encontram plenamente instituídas, visto a Política de Saúde, no Brasil, no enfoque desta reflexão.

Haverá maior força normativa, maior eficácia quanto maior for a interação entre o texto constitucional, o texto das políticas públicas, e seu contexto.

As características das demandas judicializadas mostram-se solicitantes de ações de assistência e recuperação, apontando um baixo elo comunicativo com conceito ampliado de saúde. A natureza individual das demandas, informações pouco detalhadas por parte de prescritores, desconsideração do aparato normativo infraconstitucional, responsabilidade solidária dos entes federativos, vem afastando-se do previsto na Política.

Diante de um quadro onde o SUS legal não se concretiza, a justiça é chamada a ocupar a autoridade nas decisões. Embora este poder atue em defesa da democracia, torna-se pouco democrático centrar aí as decisões das políticas sociais, visto que ali estão representantes escolhidos por indicação. Precisa-se de base societária para boas decisões e integralidade, intersetorialidade para garantia de maior cidadania e representatividade no controle social previsto e pactuado. Considerando que os interesses e ações dos democraticamente escolhidos sejam convergentes aos interesses e necessidades de determinada sociedade, assim caminhando os três Poderes em uma linguagem aproximada e em posições afins para o alcance de mais equidade, na superação de políticas neoliberais que atravessam interesses diversos, escolhas com viés econômico apenas, afastando atos desenvolvedores e concretizadores de políticas públicas.

As respostas institucionais às demandas judiciais em saúde expressam tensões entre Estado e sociedade no campo da efetivação, que perpassam questões tocantes ao financiamento, à gestão, à infraestrutura, à organização e à atenção à saúde no âmbito do SUS, além de mobilizar racionalidades distintas no processo de tomada de decisões jurídicas e político-administrativas.

Do previsto na Constituição à atualidade, observam-se avanços e retrocessos na ordem social, na construção de proteção social, porém debates atuais apontam falta do respectivo avanço na área tributária. Há um descompasso entre uma estrutura tributária regressiva, que não tributa para pagar os direitos previstos, não havendo assim, pactos, mas provável canalização de interesses.

Deste modo torna-se responsável pensar em composição de ações do judiciário, com potencialidades de instrumentos outros, extrajudiciais, para além das finais decisões judiciais. O esperado deve ser que não ocorra a decisão judicial. O processo judicial é uma forma de tornar público um problema que vem sendo ignorado, inerte ou inviabilizado pelo sistema político. Define por quais caminhos a pretensa solução vai acontecer. Para tal prescindirá de um ordenamento eficaz, constituído de elementos da realidade e com ressonância social, para validar suas normas constituintes. Por outro lado, o desenvolvimento de indicadores para avaliação da eficácia da Política de Saúde e as políticas que a integram. Considerações sobre a agenda política, necessidades epidemiológicas da população, condições operacionais, comunicabilidade a população alvo e formas de acesso e financiamento precisam ser consistentemente avaliadas.

Modos de controle e interação por todos os Poderes precisam se estabelecer de forma preventiva, sistemática, conforme devem prever suas políticas em nome da efetivação daquilo a que se propõem.

REFERÊNCIAS

ASENSI, Felipe Dutra e PINHEIRO, Roseni, coord. Judicialização da Saúde no Brasil: dados e experiência. Brasília: Conselho Nacional de Justiça, 2015.

BARROSO, Luís Roberto. Judicialização, Ativismo Judicial e Legitimidade Democrática. Revista Consultor Jurídico, 2008. Disponível em: <<http://www.conjur.com.br/>

_____. Da falta de efetividade à judicialização excessiva: direito à saúde, fornecimento gratuito de medicamentos e parâmetros para a atuação judicial. Jurisp. Mineira, Belo Horizonte, a. 60, n° 188, p. 29-60, jan./mar. 2009.

BRASIL, Advocacia Geral da União, Consultoria Jurídica, Ministério da Saúde. Intervenção Judicial na Saúde Pública – Panorama no âmbito da Justiça Federal e Apontamentos na Seara das Justiças Estaduais, disponível em <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2014>

Brasil. [Constituição (1988)] Constituição da República Federativa do Brasil: texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988 Brasília: Senado Federal, Coordenação de Edições Técnicas, 2016

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Legislação do SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. - Brasília: CONASS, 2003. <https://www.planalto.gov.br/>

CAMPILONGO, Celso Fernandes. Política, sistema jurídico e decisão judicial. 2 ed.- São Paulo: Saraiva, 2011

CNJ, Recomendação no. 31 de 2010, texto original disponível em <http://atos.cnj.jus.br/atos/detalhar/877>

CUNHA JÚNIOR, Dirley da. Dos Direitos Sociais, cap XIII. Curso de Direito Constitucional – 11 ed., Salvador, Juspodium, 2017.

_____. Controle Judicial das Omissões do Poder Público: em busca de uma dogmática

constitucional transformadora à luz do direito fundamental à efetivação da Constituição. 2ª ed., São Paulo: Saraiva, 2008.

_____. A Judicialização da Política, A Politização da Justiça e o Papel do Juiz no Estado Constitucional Social e Democrático de Direito. Revista do Programa de Pós-Graduação em Direito da UFBA, Direito Constitucional, v.26, n.28 (2016)

FLEURY, Sonia; OUVREY, Assis Mafort. Política de Saúde: Uma Política Social. In Giovanella, Ligia (org.) Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2012.

GOMES, Gustavo de Mendonça. Políticas Públicas no Estado Contemporâneo e Controle Jurisdicional: Base Legal e Elementos Formadores. Curitiba, Juruá, 2015

HESSE, Konrad. A Força Normativa da Constituição. Trad. Gilmar Ferreira Mendes. Porto Alegre: Sergio Antonio Fabris Editor, 1991.

INSPER, Judicialização da saúde dispara e já custa R\$ 1,3 bi à União, acessado em <https://www.insper.edu.br/conhecimento>, outubro, 2020

SANTOS, Luciana Almeida; KIND, Luciana. Integralidade, intersetorialidade e cuidado com saúde: caminhos para enfrentar o suicídio. Interface- Comunicação, Saúde e Educação, vol.24. Botucatu, 2020

STJ, STF e os critérios para fornecimento de medicamentos (parte1). 27 de abril de 2018, acessado em <https://www.conjur.com.br/2018-abr-27/direitos-fundamentais-stj-stf-criterios-fornecimento-medicamentos-parte1>

TORRES, Izamara Damasceno Catanheide. Judicialização do acesso a medicamentos no Brasil: uma revisão sistemática. Salvador, 2013. 86 f. Orientador: Prof. Luís Eugênio Portela Fernandes de Souza. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal da Bahia. Instituto de Saúde Coletiva, 2013. Disponibilizado em <http://analisepoliticaemsaude.org/oaps/eixos/producaocientifica/>.

Perfil epidemiológico da violência contra a mulher no Brasil

Vanessa Dias Gomes do Prado

Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, MG

<http://lattes.cnpq.br/2289373417427203>

Maria Pena Alves Melo

Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, MG

<http://lattes.cnpq.br/0294529422302297>

Nagma Nascimento Prado

Prefeitura Municipal de Uberlândia (PMU), Uberlândia, MG

<http://lattes.cnpq.br/6098711018161047>

Gisele Pereira Correia

Hospital e maternidade municipal Dr. Odelmo leão Carneiro (HMMDOLC), Uberlândia, MG

<http://lattes.cnpq.br/6849986422153162>

Elma Rodrigues dos Santos Martins

Prefeitura Municipal de Uberlândia (PMU), Uberlândia, MG

<http://lattes.cnpq.br/8900162215384362>

Farlene Vieira Silva

Prefeitura Municipal de Uberlândia (PMU), Uberlândia, MG

<https://lattes.cnpq.br/3356270125392138>

Giselda Lourismar Pereira Correia

Prefeitura Municipal de Uberlândia (PMU), Uberlândia, MG

<http://lattes.cnpq.br/7065898772425826>

Aiane Mara da Silva

Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia (HC-UFU), Uberlândia, MG

<https://lattes.cnpq.br/3446955592663111>

Meire Raquel Paiva Vasconcelos da Silveira

Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia (HC-UFU), Uberlândia, MG

<https://lattes.cnpq.br/8512290783236574>

Cláudia Pereira Rocha

Fundação Hemominas, Uberlândia, MG

<http://lattes.cnpq.br/5514090571862230>

Luana Gonçalves de Oliveira

Prefeitura Municipal de Uberlândia (PMU), Uberlândia, MG

<http://lattes.cnpq.br/6743331200743818>

Thays Peres Brandão

Prefeitura Municipal de Serra do Salitre, Patrocínio, MG

<http://lattes.cnpq.br/0857704143417847>



RESUMO

A violência contra a mulher é entendida como uma ação que abarca o uso da força física e ou psicológica, por parte de alguém que tem a intenção de exercer domínio sobre o corpo, a mente e a liberdade da mulher. Em virtude dos altos índices de violência contra a mulher esse estudo se justifica social e cientificamente, pois ao apresentar o perfil epidemiológico e a legislação que aborda a violência contra a mulher espera-se que as mulheres sejam mais orientadas e reconheçam a violência como crime. Diante do exposto essa pesquisa objetiva apresentar o perfil epidemiológico da violência contra a mulher no Brasil e expor a legislação que a protege. Essa pesquisa trata-se de uma revisão narrativa de literatura. Para a composição do corpus da pesquisa foram utilizados leis, portarias, decretos e artigos publicados nos últimos vinte anos. O material foi submetido à análise temática de conteúdo. Foram analisados nessa pesquisa quatro artigos que abordaram aspectos da violência contra a mulher, a Lei Maria da Penha e suas atualizações e dois relatórios nacionais. Em 2018, foram identificados 68.811 casos de violência contra a mulher no país. Em 2019 foram registrados 1.326 casos de feminicídios no país, o que significou um aumento de 43% no período de 2016 a 2019. Em virtude dessa realidade, a legislação brasileira sofreu alterações no intuito de estender a proteção contra essas vítimas. Conclui-se que o arcabouço legal que visa proteger as mulheres contra a violência é crescente, porém os índices de violência contra a mulher também se apresentam em ascensão, isso sem pontuar as subnotificações.

Palavras-chave: violência contra a mulher. feminicídios. violência doméstica.

ABSTRACT

Violence against women is understood as an action that includes the use of physical and/or psychological force by someone who intends to exercise dominion over a woman's body, mind and freedom. Due to the high rates of violence against women, this study is socially and scientifically justified, because by presenting the epidemiological profile and the legislation that addresses violence against women, it is expected that women will be more oriented and recognize violence as a crime. Given the above, this research aims to present the epidemiological profile of violence against women in Brazil and expose the legislation that protects it. This research is a narrative literature review. For the composition of the research corpus, laws, ordinances, decrees and articles published in the last twenty years were used. The material was submitted to thematic content analysis. Four articles that addressed aspects of violence against women, the Maria da Penha Law and its updates, and two national reports were analyzed in this research. In 2018, 68,811 cases of violence against women were identified in the country. In 2019, 1,326 cases of femicide were registered in the country, which meant an increase of 43% in the period from 2016 to 2019. Due to this reality, Brazilian legislation underwent changes in order to extend protection against these victims. It is concluded that the legal framework that aims to protect women against violence is growing, but the rates of violence against women are also on the rise, without punctuating underreporting.

Keywords: violence against women. femicide. domestic violence.

INTRODUÇÃO

A violência contra a mulher é entendida como uma ação que abarca o uso da força física e ou psicológica, por parte de alguém que tem a intenção de exercer domínio sobre

o corpo, a mente e a liberdade da mulher (BANDEIRA, 2014; BRASIL, 1994; GOMES; ERDMANN, 2014) ao mesmo tempo em que enfoca a condição de gênero como categoria de análise central para a compreensão da dinâmica deste fenômeno. Inicialmente, localiza a precedência histórica da construção desse campo de estudo e de pesquisa no âmbito das ciências sociais, particularmente da sociologia, sob um olhar feminista. Segue abordando a categoria de violência contra a mulher como questão central no cotidiano, uma vez que o volume de denúncias das mais variadas formas de violência contra as mulheres tem persistência como relevante fenômeno social. Na sequência, destacam-se os locais institucionais de acolhimento deste fenômeno social, como as Delegacias Especializadas de Atendimento à Mulher (Deam's

Nota-se que as mulheres que vivenciam a violência, por conviverem com estímulo de estresse crônico, apresentam mais problemas de saúde, atingindo diversas dimensões e complexidades, que podem ir desde lesões físicas até aquelas com aspectos psicoemocionais (CHANDAN *et al.*, 2021; YU *et al.*, 2019)

.Em virtude disso é necessário que os órgãos públicos criem políticas que combatam a violência contra mulher, e assegurem acesso rápido aos meios de denúncia que possibilitem a intervenção, prevenção e erradicação de qualquer tipo de violência doméstica e familiar (MARQUES *et al.*, 2020).

Devido às consequências que esse tipo de violência gera na saúde da mulher e pelos altos números de mulheres atingidas ela foi reconhecida em 1993, pela Organização Pan Americana da Saúde (OPAS) e OMS como um problema de saúde pública e no dia 07 de agosto de 2006 foi promulgada a lei número 11.340, Lei Maria da Penha, criada com o objetivo de desenvolver mecanismos que coibissem a violência doméstica e familiar contra a mulher (CORTES; PADOIN, 2016; SANTOS *et al.*, 2017).

Recentemente, em 2019, houve alterações na Lei 11.340/2006 para Lei 13.827/2019, trazendo inovações no processo de investigação e prisão em casos de violência doméstica e também ampliou os cuidados com a vítima estabelecendo que os agressores façam o ressarcimento das despesas hospitalares e protetivas pagas para atender às mulheres vítimas de violência (SILVA; RIBEIRO, 2020).

Contudo, os esforços públicos ainda estão insuficientes, na medida que estão direcionados ao acolhimento, auxílio e apoio quando a mulher já sofreu a violência e muitas delas nem chegam aos serviços motivadas por vários fatores, como medo, vergonha e ou dependência emocional e ou financeira (FREITAS; SILVA, 2019).

Em virtude dos altos índices de violência contra a mulher esse estudo se justifica social e cientificamente, pois ao apresentar o perfil epidemiológico e a legislação que aborda a violência contra a mulher espera-se que as mulheres sejam mais orientadas e reconheçam a violência como crime.

Diante do exposto essa pesquisa objetiva apresentar o perfil epidemiológico da violência contra a mulher no Brasil e expor a legislação que a protege.

METODOLOGIA

Essa pesquisa trata-se de uma revisão narrativa de literatura. Para o seu desenvolvimento realizou-se uma busca bibliográfica com atualizações sobre a temática, utilizando métodos mais livres (CORDEIRO *et al.*, 2007).

Para a composição do corpus da pesquisa foram utilizados leis, portarias, decretos e artigos publicados nos últimos vinte anos que abordassem a violência contra a mulher.

As bases de dados utilizadas para a seleção do material abarcaram o Portal de periódicos da Capes e o Google Acadêmico. A busca foi realizada em maio de 2023.

Compuseram a busca bibliográfica as seguintes palavras-chave: “violência contra a mulher”; “feminicídio”; “violência doméstica”

A análise de dados foi através da análise temática de conteúdo proposta por Minayo (2014).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram analisados nessa pesquisa quatro artigos que abordaram aspectos da violência contra a mulher, a Lei Maria da Penha e suas atualizações e dois relatórios nacionais.

Sabe-se que a violência contra a mulher não é fato novo e que, por isso, muitas vezes, é considerada natural pelas vítimas. E mesmo havendo maior conscientização em prol do respeito para com as mulheres a situação de violência contra elas tem crescido a cada dia. E a causa principal está no fato da sociedade considerar o sexo feminino inferior ao masculino, provocando danos, por vezes irreversíveis, que ultrapassam a esfera física e atingem a mulher de forma integral (CAVALCANTI *et al.*, 2020).

Essa triste realidade foi demonstrada pelo Mapa da Violência contra a mulher de 2018, no qual foram identificados 68.811 casos de violência contra a mulher no país. As violências relatadas foram divididas em cinco categorias: importunação sexual, violência on-line (crimes contra a honra), estupro, feminicídio e violência doméstica. E no ano de 2017 foram concedidas mais de 236 mil medidas protetivas de urgência às mulheres em situação de violência, um aumento de 21% em relação a 2016 (BRASIL, 2018; CNJ, 2017).

Nesse cenário, o 14º Anuário Brasileiro da Segurança Pública evidenciou que, no ano de 2019 foram registrados 1.326 casos de feminicídio no país, o que significou um aumento de 43% no período de 2016 a 2019. Desse total, 89,9% dos casos o autor foi o companheiro ou ex-companheiro. E ainda, conforme dados da ouvidoria nacional dos Direitos Humanos, no Brasil tem mais de 31 mil denúncias de violência doméstica ou familiar contra as mulheres até julho de 2022, número que retrata o quanto o número de vítimas tem crescido de forma agravada (CNJ, 2017; SILVA, 2023).

Dito isso, é importante ressaltar que a violência ocorre em qualquer ambiente econômico ou cultural, inclusive com níveis diversos de escolaridade. No Brasil, aquelas com mais de oito anos de estudo foram as que mais denunciaram. Colaborando com

esses dados, estudo realizado por Rosa *et al.* (2018) com 470 mulheres atendidas pela Atenção Básica no município de Ribeirão das Neves, concluiu que a baixa escolaridade foi associada significativamente a maiores chances de ocorrência da violência física, sexual e/ou psicológica.

Já em relação ao perfil dos agressores, estudos identificaram que a idade média dos praticantes de violência varia entre 18 e 68 anos. A maior prevalência dos homens agressores foi na faixa de 32 a 38 anos 30%. Em relação ao grau de instrução dos agressores, 90% são alfabetizados, e apenas 10% dos agressores são analfabetos (GEDRAT; SILVEIRA; ALMEIDA NETO, 2020).

Esse retrato pode ser justificado devido à mudança do papel das mulheres na sociedade, pois nos últimos períodos elas transacionaram de mulher do lar para mulher com maior independência e em constante busca por autonomia, ascensão social e econômica (OLIVEIRA *et al.*, 2019; SIQUEIRA *et al.*, 2018).

Em virtude dessa realidade, a legislação brasileira sofreu alterações no intuito de estender a proteção contra essas vítimas, que já eram previstas na Carta Magna de 1988 no seu art.226,§8º que prevê que: “O Estado assegurará a assistência à família na pessoa de cada um dos que a integram, criando mecanismos para coibir a violência no âmbito de suas relações” (BRASIL, 2020).

O Código Penal, por sua vez, trata a violência doméstica como crime de lesão corporal, independentemente da extensão dos ferimentos, devendo ser processado mediante ação penal pública incondicionada. Logo após, duas leis foram sancionadas e destacam-se no enfrentamento da violência contra a mulher: a Lei n. 11.340/2006, Lei Maria da Penha (BRASIL, 2006), e, mais recentemente, a Lei n. 13.104/2015 (BRASIL, 2015), que qualifica o homicídio contra a mulher por razões de sua condição de sexo, criando a figura legal do feminicídio, a dimensão mais brutal da violência de gênero (WAISELFISZ, 2015).

Nessa esteira, para auxiliar as mulheres vítimas de violência, o governo disponibilizou o número 180, no qual as vítimas podem entrar em contato e denunciar seus agressores. Foi instituído também uma casa de apoio a mulheres brasileiras com o objetivo de acolhimento para essas vítimas, já que estão com sua integridade afetada. E criou também uma assistência econômica no caso da vítima ser dependente do agressor (CAVALCANTI *et al.*, 2020).

Assim, é importante ressaltar que esses dispositivos jurídicos alcançam todas as mulheres que se identificam como tal, sendo elas femininas, heterossexuais, homossexuais e transexuais, e também não é necessário que o agressor seja marido ou companheiro, pode ser qualquer tipo de pessoa em que a vítima conviva (CAVALCANTI *et al.*, 2020).

Assim observa-se que a segurança da mulher tem sido aumentada por meio de dispositivos legais que buscam protegê-las.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O arcabouço legal que visa proteger as mulheres contra a violência é crescente, porém os índices de violência contra a mulher também se apresentam em ascendência, isso sem pontuar as subnotificações.

Por isso é importante que os entes federativos desenvolvam ações, que sejam desenvolvidas em escolas e que visem a prevenção da violência para que as crianças sejam precursoras da prevenção à violência, sabendo identificar tal processo e assim se tornarem adultos não violentos.

REFERÊNCIAS

BANDEIRA, L. M. Violência de gênero: a construção de um campo teórico e de investigação. *Sociedade e Estado*, [s. l.], v. 29, n. 2, p. 449–469, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-69922014000200008&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 13 jul. 2023.

BRASIL. [Constituição (1988)]. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília: Presidência da República, 2020. E-book. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm. Acesso em: 16 mar. 2022.

BRASIL. Convenção de Belém do Pará. Adotada em Belém do Pará, Brasil, em 9 de junho de 1994, no Vigésimo Quarto Período Ordinário de Sessões da Assembléia Geral. Belém do Pará: Comissão Interamericana de Direitos Humanos., , 1994. Disponível em: <https://www.cidh.oas.org/Basicos/Portugues/m.Belem.do.Para.htm>. Acesso em: 13 jul. 2023.

BRASIL. Lei 13.104 de 09 de março de 2015. Altera o art. 121 do Decreto-Lei no 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal, para prever o feminicídio como circunstância qualificadora do crime de homicídio, e o art. 1º da Lei no 8.072, de 25 de julho de 1990, para incluir o feminicídio no rol dos crimes hediondos. Brasília: Presidência da República, 2015.

BRASIL. Lei no 11.340, de 7 de agosto de 2006. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do § 8º do art. 226 da Constituição Federal, da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres e da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher; dispõe sobre a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher; altera o Código de Processo Penal, o Código Penal e a Lei de Execução Penal; e dá outras providências. Brasília: Presidência da República, 2006.

BRASIL. Mapa da Violência. Brasília: Câmara dos deputados: [s. n.], 2018. E-book. Disponível em: <https://www.google.com/url?q=https://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/comissoes/comissoes-permanentes/comissao-de-defesa-dos-direitos-da-mulher-cmulher/arquivos-de-audio-e-video/MapadaViolenciaatualizado200219.pdf&sa=D&source=docs&ust=1689271076178731&usg=AOvVaw2WS5iT-sFb-VJUQ2BPmq0>. Acesso em: 18 maio 2023.

CAVALCANTI, G. de M. B. *et al.* A violência contra a mulher no sistema único de saúde. *Revista de Pesquisa, Cuidado é Fundamental*, Rio de Janeiro, [s. l.], v. 12, p. 145–153, 2020. Disponível em: http://seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/viewFile/7148/pdf_1. Acesso em: 13 jul. 2023.

CHANDAN, J. S. *et al.* Intimate Partner Violence and the Risk of Developing Fibromyalgia and Chronic Fatigue Syndrome. *Journal of Interpersonal Violence*, [s. l.], v. 36, n. 21–22, p. NP12279–NP12298, 2021. Disponível em: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0886260519888515>. Acesso em: 13 jul. 2023.

CNJ. O Poder Judiciário na Aplicação da Lei Maria da Penha. Brasília: Conselho Nacional de Justiça, 2017. Disponível em: https://r.search.yahoo.com/_ylt=Awrihyp4NrBkR2gRBvz-6Qt.;_ylu=Y29sbwNiZjEEcG9zAzEEdnRpZAMEc2VjA3Ny/RV=2/RE=1689298680/RO=10/RU=https%3a%2f%2fbibliotecadigital.cnj.jus.br%2fjspui%2fbitstream%2f123456789%2f108%-2f1%2fO%2520Poder%2520Judici%25C3%25A1rio%2520na%2520Aplica%25C3%25A7%-25C3%25A3o%2520da%2520Lei%2520Maria%2520da%2520Penha.indd.pdf/RK=2/RS=pvJDF-JRVdNwObIvAulEphQP38-. Acesso em: 18 maio 2023.

CORTES, L. F.; PADOIN, S. M. de M. Intencionalidade da ação de Cuidar mulheres em situação de violência: contribuições para a Enfermagem e Saúde. *Escola Anna Nery*, [s. l.], v. 20, p. e20160083, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/b8Yz6Yvh5tskjfFrnrgWnWv/>. Acesso em: 13 jul. 2023.

FREITAS, C. G. de; SILVA, R. B. B. da. A violência contra mulher e a psicologia diante dessa realidade na perspectiva da atenção básica. *Revista Mosaico*, [s. l.], v. 10, n. 1, 2019. Disponível em: <http://editora.universidadevassouras.edu.br/index.php/RM/article/view/1778>. Acesso em: 13 jul. 2023.

GEDRAT, D. C.; SILVEIRA, E. F. da; ALMEIDA NETO, H. de. Perfil dos parceiros íntimos de violência doméstica: uma expressão da questão social brasileira. *Serviço social e sociedade*, [s. l.], v. 138, p. 342–358, 2020. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-66282020000200342. Acesso em: 13 jul. 2023.

GOMES, N. P.; ERDMANN, A. L. Violência conjugal na perspectiva de profissionais da Estratégia Saúde da Família: problema de saúde pública e a necessidade do cuidado à mulher. *Revista latino americana de enfermagem*, [s. l.], v. 22, n. 1, p. 76–84, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n1/pt_0104-1169-rlae-22-01-00076.pdf. Acesso em: 13 jul. 2023.

MARQUES, E. S. *et al.* A violência contra mulheres, crianças e adolescentes em tempos de pandemia pela COVID-19: panorama, motivações e formas de enfrentamento. *Cadernos de Saúde Pública*, [s. l.], v. 36, p. e00074420, 2020. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/csp/2020.v36n4/e00074420/>. Acesso em: 13 jul. 2023.

MINAYO, M. C. de S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

OLIVEIRA, C. A. B. de *et al.* Perfil da vítima e características da violência contra a mulher no estado de Rondônia - Brasil. *Revista cuidado, Bucaramanga*, [s. l.], v. 10, n. 1, p. e573–e573, 2019. Disponível em: <https://revistacuidarte.udes.edu.co/index.php/cuidarte/article/view/573/1030>. Acesso em: 13 jul. 2023.

ROSA, D. O. A. *et al.* Violência provocada pelo parceiro íntimo entre usuárias da Atenção Primária à Saúde: prevalência e fatores associados. *Saúde debate*, [s. l.], v. 42, n. spe4, p. 67–80, 2018. Disponível em: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042018000800067. Acesso em: 13 jul. 2023.

SANTOS, M. C. *et al.* Violência contra a mulher no Brasil: Algumas reflexões sobre a implementação da Lei Maria da Penha. Caderno de Graduação-Ciências Humanas e Sociais, Alagoas, [s. l.], v. 3, n. 3, p. 37, 2017. Disponível em: <https://www.semanticscholar.org/paper/VIOL%C3%8ANCIA-CONTRA-A-MULHER-NO-BRASIL%3A-ALGUMAS-SOBRE-Santos-Soares/b4b11f8a11d2ee-6730452d03c6312764f5bc8086>. Acesso em: 13 jul. 2023.

SILVA, C. M. O perfil psicológico de mulheres que sofrem violência doméstica e seus laços afetivos. 2023. 22 f. Monografia (Graduação) - Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Goiânia, 2023. Disponível em: <https://repositorio.pucgoias.edu.br/jspui/handle/123456789/5787>. Acesso em: 14 maio 2023.

SILVA, V. G. da; RIBEIRO, P. M. Violência contra as mulheres na prática de enfermeiras da atenção primária à saúde. Escola Anna Nery, [s. l.], v. 24, p. e20190371, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/RXvRBqJz3x4dD3BmntHDCsK/>. Acesso em: 13 jul. 2023.

SIQUEIRA, V. de B. *et al.* Violência psicológica contra mulheres usuárias da atenção primária à saúde. Revista APS, [s. l.], v. 21, n. 3, p. 437–449, 2018. Disponível em: <http://ojs2.ujfjf.emnuvens.com.br/aps/article/view/16379/8460>. Acesso em: 3 maio 2023.

WASELFISZ, J. J. Mapa da Violência 2015: homicídio de mulheres no Brasil. Brasília: FLACSO, 2015. E-book. Disponível em: https://r.search.yahoo.com/_ylt=AwrEpbfjOLBkdYsRgfrz6Qt.;_ylu=Y29sbwNiZjEEcG9zAzEEdnRpZAMEc2VjA3Ny/RV=2/RE=1689299300/RO=10/RU=https%3a%2f%2fapublica.org%2fwp-content%2fuploads%2f2016%2f03%2fMapaViolencia_2015_mulheres.pdf/RK=2/RS=TK08.A1o904U2EmJjIDi8h3nn1Y-. Acesso em: 17 maio 2023.

YU, R. *et al.* Mental disorders and intimate partner violence perpetrated by men towards women: A Swedish population-based longitudinal study. PLoS medicine, [s. l.], v. 16, n. 12, p. e1002995, 2019.

Importância da prevenção e tratamento da dor crônica

Ana Beatriz Vedana dos Santos

Centro Universitário Aparício Carvalho FIMCA

Anna Luiza Dinon

Centro Universitário Aparício Carvalho FIMCA

Eduardo Baldin Jaworski

Centro Universitário Aparício Carvalho FIMCA

João Vitor Ernicia Gomes

Centro Universitário Aparício Carvalho FIMCA

Thacyanne Marques das Mercês

Centro Universitário Aparício Carvalho FIMCA

Erick Daniel Shockness

Centro Universitário Aparício Carvalho FIMCA

Gabriella Luchtenberg

Centro Universitário Aparício Carvalho FIMCA

João Pedro Facundo Martins

Centro Universitário Aparício Carvalho FIMCA

RESUMO

Introdução: A dor crônica é uma condição comum que afeta milhões de pessoas em todo o mundo. Além do sofrimento físico, a dor crônica também pode ter um impacto significativo na qualidade de vida dos pacientes, afetando suas atividades diárias, relacionamentos e bem-estar emocional. **Objetivo:** O objetivo deste estudo foi avaliar a importância da prevenção e tratamento da dor crônica, levando em consideração os diferentes tipos de dor crônica, seus fatores de risco e os impactos negativos que a dor crônica pode ter na qualidade de vida dos pacientes. Além disso, buscamos fornecer informações sobre as abordagens terapêuticas disponíveis para o tratamento da dor crônica, tanto farmacológicas quanto não farmacológicas, a fim de destacar a importância de um tratamento personalizado e multidisciplinar para aliviar a dor e melhorar a qualidade de vida dos pacientes que sofrem de dor crônica. **Metodologia:** Foi realizada uma revisão da literatura sobre a dor crônica e sua prevenção e tratamento. Foram incluídos estudos publicados em bases de dados eletrônicas entre os anos de 2010 e 2022. **Resultados:** Com base nas informações abordadas, é possível concluir que a prevenção e o tratamento da dor crônica envolvem a identificação e o tratamento precoce de fatores de risco, como doenças crônicas e lesões musculoesqueléticas. É importante ressaltar que o tratamento adequado pode incluir uma combinação de abordagens farmacológicas e não farmacológicas, como fisioterapia, terapia ocupacional, psicoterapia e outras terapias complementares. A abordagem individualizada, que leva em consideração as necessidades e preferências de cada paciente, é essencial para o sucesso do tratamento. **Conclusões:** A dor crônica é uma condição que pode ter um impacto significativo na qualidade de vida dos pacientes. Por isso, a prevenção e o tratamento adequa-



dos da dor crônica são fundamentais para minimizar o sofrimento e melhorar a qualidade de vida dos pacientes. É importante destacar que abordagens multidisciplinares, que incluem a participação de médicos, fisioterapeutas, psicólogos e outros profissionais de saúde, são essenciais para o sucesso do tratamento. É necessário que o paciente seja abordado de forma individualizada, levando em consideração suas necessidades e preferências, para que o tratamento seja bem-sucedido e possa proporcionar alívio da dor crônica e melhor qualidade de vida.

Palavras-chave: dor crônica. dor neuropática. prevenção. tratamento.

INTRODUÇÃO

A dor crônica é um problema de saúde que afeta milhões de pessoas em todo o mundo e pode ser definida como uma dor persistente, geralmente com duração superior a três meses. Essa condição pode ter um impacto significativo na qualidade de vida dos indivíduos, afetando a capacidade de trabalhar, realizar atividades diárias e desfrutar de momentos de lazer. Além disso, a dor crônica pode estar associada a distúrbios psicológicos, como ansiedade e depressão, e a outras condições de saúde, como distúrbios do sono e fadiga.

A prevenção e o tratamento adequado da dor crônica são fundamentais para melhorar a qualidade de vida dos pacientes e reduzir o impacto econômico e social dessa condição na sociedade. A prevenção pode ser alcançada por meio de hábitos saudáveis, como exercícios físicos regulares, alimentação balanceada e controle do estresse. No entanto, quando a dor crônica já está presente, o tratamento pode ser complexo e envolver diferentes abordagens terapêuticas, como medicamentos, fisioterapia, terapia ocupacional, acupuntura, psicoterapia, entre outras.

Ainda assim, a dor crônica pode ser um desafio para a prática médica, já que muitas vezes não apresenta uma causa clara e pode não responder adequadamente a tratamentos convencionais. Nesse sentido, é importante uma abordagem interdisciplinar e integrada, envolvendo diferentes profissionais da saúde para garantir o diagnóstico correto e o tratamento mais adequado para cada paciente.

Nesse contexto, a presente revisão tem como objetivo destacar a importância da prevenção e tratamento da dor crônica, bem como apresentar algumas das principais abordagens terapêuticas utilizadas na prática clínica.

DESENVOLVIMENTO

Definição de dor crônica e suas principais causas

A dor crônica é definida como uma dor persistente que pode durar mais de três meses ou além do período esperado de cicatrização. Ela pode ser causada por uma variedade de fatores, como lesões, doenças crônicas, envelhecimento, distúrbios emocionais e problemas de saúde mental. Algumas das principais causas de dor crônica incluem doenças como artrite, fibromialgia, síndrome do intestino irritável, enxaquecas, neuropatias, dores nas

costas e câncer.

A dor crônica pode ter um impacto significativo na qualidade de vida das pessoas, afetando não apenas a saúde física, mas também a saúde mental, as relações pessoais e o trabalho. Por isso, a prevenção e o tratamento adequado da dor crônica são fundamentais para garantir uma melhor qualidade de vida para aqueles que sofrem com esse problema.

Além disso, a dor crônica é uma questão de saúde pública, com um grande impacto socioeconômico. Estima-se que a dor crônica afete cerca de 20% da população mundial, sendo responsável por altos custos em cuidados de saúde, absenteísmo no trabalho e diminuição da produtividade.

Dessa forma, é importante entender as causas da dor crônica e implementar medidas preventivas para minimizar o seu impacto. Além disso, o desenvolvimento de tratamentos eficazes para o controle da dor crônica é crucial para melhorar a qualidade de vida dos pacientes afetados por essa condição. “A dor crônica é um problema de saúde pública mundial, que afeta a qualidade de vida e a produtividade dos indivíduos, além de gerar um grande impacto socioeconômico para a sociedade.” (MENEZES *et al.*, 2018)

Tipos de dor crônica e suas características

A dor crônica é uma condição complexa que pode se apresentar de várias formas e afetar diferentes partes do corpo. Abaixo estão alguns dos principais tipos de dor crônica e suas características:

1. **Dor neuropática:** a dor neuropática ocorre quando há um problema no sistema nervoso central ou periférico. Pode ser descrita como uma dor de queimação, formigamento, choque elétrico, lancinante ou latejante. É comum em pacientes com lesões nervosas, neuropatias diabéticas, esclerose múltipla, entre outras condições.
2. **Dor nociceptiva:** a dor nociceptiva é causada pela ativação dos receptores de dor no corpo, em resposta a estímulos nocivos. Pode ser descrita como uma dor latejante, profunda ou aguda. É comum em pacientes com artrite, fibromialgia, lesões musculares, entre outras condições.
3. **Dor inflamatória:** a dor inflamatória ocorre como resultado de inflamação no corpo, geralmente em resposta a uma lesão ou infecção. Pode ser descrita como uma dor latejante ou aguda, e é comum em pacientes com artrite, doença inflamatória intestinal, entre outras condições.
4. **Dor psicogênica:** a dor psicogênica é causada por fatores psicológicos, como ansiedade, depressão, estresse ou trauma emocional. Pode ser descrita como uma dor difusa, generalizada, ou como uma sensação de peso ou pressão.
5. **Dor mista:** a dor mista é quando duas ou mais fontes de dor coexistem. Por exemplo, um paciente com artrite pode ter dor nociceptiva (causada pela inflamação nas articulações) e dor neuropática (causada por danos nos nervos).

Cada tipo de dor crônica apresenta suas próprias características e, portanto, pode

ser tratado de forma diferente. É importante que o diagnóstico seja feito corretamente para que o tratamento seja adequado e eficaz. O tratamento pode envolver uma combinação de abordagens farmacológicas e não farmacológicas, como fisioterapia, terapia ocupacional, psicoterapia e outras terapias complementares. A abordagem terapêutica deve ser adaptada às necessidades e preferências de cada paciente para que o tratamento seja bem-sucedido.

Fatores de risco para o desenvolvimento da dor crônica

A dor crônica pode ter várias causas, mas existem alguns fatores de risco que podem aumentar as chances de desenvolver a condição. Dentre eles, destacam-se o envelhecimento, o sexo feminino, a presença de lesões ou doenças crônicas, o estilo de vida sedentário, o estresse crônico, a história de abuso de substâncias, além de fatores genéticos e psicológicos.

O envelhecimento é um fator de risco bem estabelecido para a dor crônica, já que os tecidos do corpo sofrem um desgaste natural com o tempo, o que pode levar a doenças crônicas e lesões. Além disso, o sexo feminino também é um fator de risco, já que as mulheres têm maior probabilidade de desenvolver condições que causam dor crônica, como artrite e fibromialgia.

A presença de lesões ou doenças crônicas, como artrite, diabetes e câncer, também pode aumentar as chances de desenvolver dor crônica. Isso ocorre porque essas condições podem causar danos nos tecidos do corpo e levar à inflamação, o que pode levar à dor crônica.

O estilo de vida sedentário também é um fator de risco para a dor crônica. A falta de atividade física pode levar a problemas musculoesqueléticos, como dores nas costas, pescoço e joelhos. Além disso, o estresse crônico também pode aumentar o risco de desenvolver dor crônica, já que o estresse pode levar a tensão muscular e dor crônica.

A história de abuso de substâncias, como álcool e drogas ilícitas, também é um fator de risco para a dor crônica. O uso crônico dessas substâncias pode levar a danos nos tecidos do corpo e inflamação, o que pode levar à dor crônica. Além disso, fatores genéticos e psicológicos, como ansiedade, depressão e traumas emocionais, também podem aumentar o risco de desenvolver dor crônica.

Portanto, é importante reconhecer esses fatores de risco e trabalhar para reduzir o seu impacto na saúde. Isso pode incluir a adoção de um estilo de vida saudável, a busca por tratamentos adequados para lesões e doenças crônicas, a prática de atividade física regular, a redução do estresse e o tratamento de problemas de saúde mental. Ao trabalhar para reduzir esses fatores de risco, é possível prevenir ou reduzir a gravidade da dor crônica.

Impacto da dor crônica na qualidade de vida dos pacientes, como exemplo, a fibromialgia

A dor crônica pode afetar significativamente a qualidade de vida dos pacientes, tanto física quanto emocionalmente. Pessoas que sofrem de dor crônica muitas vezes relatam limitações na realização de atividades cotidianas, como caminhar, trabalhar e cuidar de si mesmas. A dor crônica também pode causar distúrbios do sono, fadiga, ansiedade e

depressão, afetando assim o bem-estar psicológico do paciente.

O impacto da dor crônica na qualidade de vida pode ser especialmente significativo em pacientes idosos, que podem já ter outras comorbidades e uma maior limitação funcional. Além disso, a dor crônica pode afetar a capacidade do paciente de lidar com outras doenças e tratamentos, interferindo na adesão e eficácia dos tratamentos prescritos.

Por isso, é importante que os profissionais de saúde considerem não apenas a gravidade da dor crônica, mas também seu impacto na qualidade de vida dos pacientes, buscando uma abordagem individualizada e multidisciplinar para o seu manejo. Isso pode envolver não apenas o tratamento farmacológico, mas também terapias complementares, exercícios físicos e mudanças no estilo de vida, visando promover uma melhor qualidade de vida para os pacientes que sofrem com dor crônica. “A prevenção e o tratamento adequado da dor crônica são fundamentais para reduzir o sofrimento dos pacientes, melhorar sua qualidade de vida e evitar a sobrecarga do sistema de saúde.” (SCHUG *et al.*, 2019)

A fibromialgia é uma das condições mais comuns associadas à dor crônica. Ela é caracterizada por dor muscular generalizada e sensibilidade ao toque, acompanhada por fadiga, distúrbios do sono e problemas cognitivos. A fibromialgia afeta cerca de 2-4% da população, principalmente mulheres entre 30 e 50 anos de idade.

O tratamento da fibromialgia pode ser complexo, uma vez que a dor é crônica e geralmente afeta múltiplas partes do corpo. As abordagens de tratamento podem incluir medicamentos para alívio da dor, terapia cognitivo-comportamental, fisioterapia, terapia ocupacional, acupuntura e outras terapias complementares. Além disso, mudanças no estilo de vida, como exercícios físicos regulares, sono adequado e dieta balanceada, podem ser úteis no manejo da dor crônica relacionada à fibromialgia.

Vale destacar que a fibromialgia pode ser difícil de diagnosticar, já que seus sintomas podem ser semelhantes a outras condições médicas. No entanto, o diagnóstico precoce e preciso é importante para que o tratamento adequado possa ser iniciado. Os profissionais de saúde devem estar atentos aos sintomas de dor crônica em seus pacientes e realizar exames diagnósticos para identificar a causa subjacente da dor, incluindo a fibromialgia.

Em resumo, a dor crônica relacionada à fibromialgia é uma condição complexa que requer um manejo integrado e multidisciplinar. O tratamento deve ser adaptado às necessidades e preferências individuais do paciente e pode envolver uma combinação de abordagens farmacológicas e não farmacológicas, além de mudanças no estilo de vida. A identificação precoce e precisa da fibromialgia é essencial para que o tratamento adequado possa ser iniciado e os sintomas de dor crônica possam ser minimizados.

Imagem 1 - Fibromialgia.



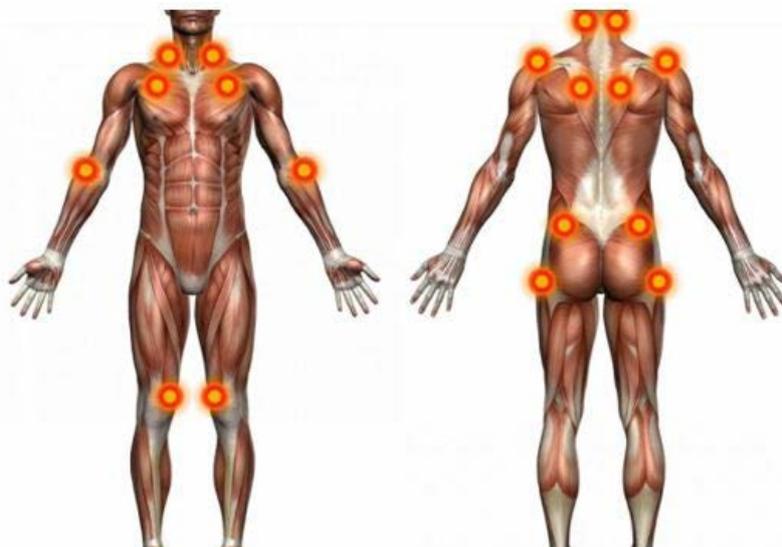
Fonte: <https://www.soufisio.com.br/fibromialgia-conheca-o-melhor-tratamento-fisioterapeutico/>

Os tender points, ou pontos sensíveis, são um importante critério para o diagnóstico da fibromialgia. São 18 pontos específicos no corpo, onde a dor é relatada com maior frequência em pacientes com fibromialgia. Esses pontos estão localizados em áreas ao redor das articulações, incluindo pescoço, ombros, cotovelos, quadris e joelhos.

Para ser diagnosticado com fibromialgia, o paciente deve ter dor generalizada por mais de três meses e dor em pelo menos 11 dos 18 tender points quando pressionados. Além disso, os tender points devem ser dolorosos à palpação, mas sem evidência de inflamação, rigidez ou inchaço.

Embora os tender points sejam úteis para o diagnóstico da fibromialgia, é importante lembrar que a dor associada a esta condição pode ocorrer em outras áreas do corpo, além dos pontos sensíveis. O tratamento da fibromialgia pode envolver uma abordagem multidisciplinar, incluindo fisioterapia, terapia ocupacional, psicoterapia e medicamentos para aliviar a dor.

Imagem 1 - Tender points da fibromialgia.



Fonte: <https://www.sanarmed.com/diagnostico-de-fibromialgia-deixando-de-lado-os-tender-points>

Tratamentos farmacológicos e não-farmacológicos disponíveis para a dor crônica

A dor crônica é uma condição de saúde que pode afetar significativamente a qualidade de vida dos pacientes, especialmente se não tratada adequadamente. O tratamento da dor crônica geralmente envolve uma abordagem multidisciplinar, que pode incluir o uso de tratamentos farmacológicos e não-farmacológicos.

Entre os tratamentos farmacológicos, os analgésicos são frequentemente prescritos para aliviar a dor. Esses medicamentos podem incluir analgésicos comuns, como paracetamol e ibuprofeno, ou opióides, como a morfina. No entanto, o uso prolongado de opióides pode levar a dependência e efeitos colaterais graves, como constipação, náusea e sonolência.

Além dos tratamentos farmacológicos, existem diversas abordagens não-farmacológicas que podem ser úteis para o tratamento da dor crônica. Entre elas, estão a fisioterapia, acupuntura, terapia cognitivo-comportamental, mindfulness, meditação e yoga. Essas terapias não só ajudam a aliviar a dor, mas também podem melhorar a mobilidade, a flexibilidade e a qualidade de vida dos pacientes.

Outra abordagem não-farmacológica que tem se mostrado eficaz no tratamento da dor crônica é a estimulação elétrica nervosa transcutânea (TENS). A TENS utiliza uma corrente elétrica de baixa intensidade para estimular os nervos e reduzir a dor. A técnica é segura, não invasiva e pode ser utilizada em casa com a orientação de um profissional de saúde.

Em resumo, existem diversas opções de tratamento farmacológico e não-farmacológico para a dor crônica, e é importante que os pacientes tenham acesso a uma abordagem multidisciplinar para garantir o melhor alívio possível da dor e melhoria da qualidade de vida.

Tabela 1 - Fármacos convencionais usados na dor crônica.

Tipo de medicamento	Exemplos	Como funciona
Analgésicos não-opioides	Paracetamol, AINEs (ibuprofeno, naproxeno)	Bloqueiam a produção ou ação de substâncias inflamatórias que causam dor
Analgésicos adjuvantes	Amitriptilina, gabapentina	Atuam em diferentes mecanismos para aliviar a dor, como aumentar a produção de neurotransmissores que bloqueiam a dor
Opioides leves	Codeína, tramadol	Agem nos receptores de opioides no sistema nervoso central para aliviar a dor
Opioides fortes	Morfina, oxicodona	Agem nos receptores de opioides no sistema nervoso central para aliviar a dor, mas são mais potentes e têm mais efeitos colaterais

Fonte: adaptado de Vedana (2023).

Prevenção da dor crônica, incluindo a importância de hábitos saudáveis e medidas de proteção em atividades laborais e esportivas

A prevenção da dor crônica é um aspecto essencial no cuidado da saúde, pois ela pode ter um impacto significativo na qualidade de vida dos pacientes e pode ser difícil de

tratar uma vez estabelecida. A adoção de hábitos saudáveis é uma das principais formas de prevenir a dor crônica, especialmente em termos de alimentação, atividade física e gerenciamento do estresse.

Outra medida importante de prevenção é o uso de medidas de proteção em atividades laborais e esportivas, que podem ajudar a evitar lesões e sobrecarga muscular que podem levar à dor crônica. Isso pode incluir o uso de equipamentos de proteção adequados, treinamento adequado para atividades físicas e intervalos regulares para descanso e recuperação.

Além disso, o tratamento precoce e adequado de lesões agudas pode ajudar a prevenir o desenvolvimento de dor crônica. Por exemplo, o tratamento adequado de uma lesão esportiva, como uma torção no tornozelo, pode ajudar a evitar que essa lesão se torne crônica e cause dor a longo prazo.

Em resumo, a prevenção da dor crônica é possível com a adoção de hábitos saudáveis e medidas de proteção em atividades laborais e esportivas. É importante que as pessoas entendam a importância dessas medidas para manter sua saúde e evitar o desenvolvimento de dor crônica, o que pode ter um impacto significativo em sua qualidade de vida.

A prevenção da dor crônica é uma estratégia eficaz para minimizar o risco de desenvolvimento de problemas de saúde relacionados à dor crônica, melhorar a qualidade de vida dos pacientes e reduzir os custos associados ao tratamento da dor crônica. (KRESS *et al.*, 2020)

Abordagem multidisciplinar no tratamento da dor crônica, envolvendo profissionais de diferentes áreas da saúde

A abordagem multidisciplinar é uma estratégia terapêutica que visa tratar a dor crônica por meio da atuação de profissionais de diferentes áreas da saúde, trabalhando em conjunto para oferecer um tratamento mais completo e eficaz. Dessa forma, é possível abordar a dor crônica de forma mais ampla, considerando as diferentes dimensões do indivíduo, como física, psicológica e social.

Os profissionais que podem fazer parte dessa abordagem incluem médicos, fisioterapeutas, psicólogos, terapeutas ocupacionais, entre outros. Cada um desses profissionais tem um papel importante no tratamento da dor crônica. Por exemplo, o médico pode prescrever medicamentos e avaliar a necessidade de intervenções cirúrgicas; o fisioterapeuta pode trabalhar no fortalecimento muscular e na melhora da postura; o psicólogo pode ajudar a lidar com a ansiedade e depressão associadas à dor crônica; e o terapeuta ocupacional pode auxiliar na adaptação do paciente às suas atividades diárias.

O trabalho em equipe entre esses profissionais é essencial para que o paciente tenha um tratamento adequado e eficaz, considerando todas as suas necessidades e particularidades. Além disso, essa abordagem pode contribuir para uma melhor adesão ao tratamento, melhora na qualidade de vida e redução do impacto da dor crônica no dia a dia do paciente. “O tratamento da dor crônica deve ser abordado de forma multidisciplinar e individualizada, levando em consideração as necessidades e preferências dos pacientes.” (GATCHEL *et al.*, 2019)

Abordagens inovadoras e promissoras no tratamento da dor crônica, como a terapia cognitivo-comportamental e o uso de tecnologia.

Além das abordagens convencionais no tratamento da dor crônica, há diversas abordagens inovadoras e promissoras que estão sendo estudadas e utilizadas para melhorar a qualidade de vida dos pacientes.

Uma dessas abordagens é a terapia cognitivo-comportamental (TCC), que se concentra em mudar os pensamentos e comportamentos negativos que contribuem para a experiência da dor crônica. A TCC é realizada por um psicólogo treinado e pode incluir técnicas como terapia de exposição, dessensibilização sistemática, treinamento de relaxamento, entre outros.

Outra abordagem inovadora é o uso de tecnologia no tratamento da dor crônica, como aplicativos móveis para monitorar a dor e fornecer estratégias de autogerenciamento da dor, e dispositivos de estimulação elétrica transcutânea (TENS), que fornecem estímulos elétricos suaves para reduzir a dor. Alguns estudos também investigam o uso de realidade virtual como uma forma de distração da dor.

É importante ressaltar que essas abordagens inovadoras não são uma substituição aos tratamentos convencionais, mas sim uma adição para melhorar a qualidade de vida dos pacientes. A abordagem multidisciplinar, que envolve profissionais de diferentes áreas da saúde, é fundamental para escolher as melhores opções de tratamento para cada paciente. “A terapia cognitivo-comportamental e o uso de tecnologia são abordagens inovadoras e promissoras no tratamento da dor crônica, que podem melhorar a eficácia do tratamento e a qualidade de vida dos pacientes.” (APOLINÁRIO *et al.*, 2021)

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com base nos estudos revisados, é evidente que a dor crônica é uma condição complexa e multifacetada que afeta significativamente a qualidade de vida dos pacientes. A prevenção e o tratamento adequados da dor crônica são essenciais para minimizar o sofrimento dos pacientes e melhorar sua qualidade de vida. Os profissionais de saúde devem adotar abordagens individualizadas e multidisciplinares para o manejo da dor crônica, identificando e tratando precocemente as condições subjacentes e considerando o impacto da dor crônica na qualidade de vida dos pacientes.

O tratamento da dor crônica pode envolver abordagens farmacológicas e não farmacológicas, como fisioterapia, terapia ocupacional, psicoterapia e outras terapias complementares. É importante destacar que o tratamento individualizado, baseado nas necessidades e preferências do paciente, é essencial para o sucesso do tratamento. Além disso, é necessário considerar o impacto da dor crônica na qualidade de vida dos pacientes, incluindo o seu bem-estar emocional e psicológico.

É importante ressaltar que o impacto da dor crônica na qualidade de vida pode ser especialmente significativo em pacientes idosos, que podem já ter outras comorbidades e uma maior limitação funcional. Por isso, é fundamental que os profissionais de saúde considerem não apenas a gravidade da dor crônica, mas também seu impacto na qualidade

de vida dos pacientes, buscando uma abordagem individualizada e multidisciplinar para o seu manejo.

Por fim, é necessário aumentar a conscientização sobre a dor crônica entre o público em geral, a fim de reduzir o estigma associado a essa condição e promover uma abordagem mais empática e inclusiva. Investimentos em pesquisa e educação são essenciais para melhorar o entendimento da dor crônica e desenvolver novas terapias e abordagens mais eficazes.

Assim, conclui-se que a prevenção e tratamento adequados da dor crônica são essenciais para minimizar o impacto dessa condição na qualidade de vida dos pacientes. Os profissionais de saúde devem adotar uma abordagem individualizada e multidisciplinar, com o objetivo de oferecer tratamentos personalizados e que considerem as necessidades e preferências dos pacientes. Além disso, é necessário aumentar a conscientização sobre a dor crônica e investir em pesquisa e educação para desenvolver novas terapias e abordagens mais eficazes. Somente com essas medidas será possível minimizar o sofrimento dos pacientes e melhorar sua qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes para o cuidado de pessoas com dor crônica não oncológica no sistema único de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

BROWN, C. A.; ELLEN, S. R. Pain Management in the Elderly. In: HALTER, J. B. *et al.* Hazzard's Geriatric Medicine and Gerontology. 7. ed. New York: McGraw Hill, 2017. p. 123-131.

DALGALARRONDO, P. Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2018.

DE BONT, A. Pain Management. In: MCCARTHY, M. C. *et al.* Current Diagnosis & Treatment: Pediatrics. 24th ed. New York: McGraw Hill, 2019. p. 85-96.

DUARTE, R. V.; RAPHAEL, J. H. Terapias complementares e alternativas para o tratamento da dor crônica. Revista Dor, v. 16, n. 3, p. 219-224, jul. -set. 2015.

FURLAN, A. D. *et al.* Opioids for chronic noncancer pain: A systematic review and meta-analysis. JAMA, v. 315, n. 22, p. 2456-2467, 2016.

GOMES, M. G. M. *et al.* Terapia cognitivo-comportamental para dor crônica. Revista Brasileira de Anestesiologia, v. 65, n. 4, p. 245-253, jul. -ago. 2015.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). Prevenção e tratamento de dor em câncer. Rio de Janeiro, 2013.

KROENKE, K.; BENNETT, W. L. Evaluation and Treatment of Chronic Pain. In: BICKLEY, L. S. Bates' Guide to Physical Examination and History Taking. 12th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer, 2017. p. 123-135.

KUMAR, K. *et al.* Spinal cord stimulation versus conventional medical management for neuropathic pain: a multicentre randomised controlled trial in patients with failed back surgery syndrome. Pain, v. 157, n. 11, p. 2410-2419, nov. 2016.

MACHADO, G. P.; SANTOS, C. M. C. F.; SILVA, A. L. A. da. Terapia cognitivo-comportamental no tratamento da dor crônica: uma revisão integrativa. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 23, n. 12, p. 4065-4075, 2018.

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE (NICE). Low back pain and sciatica in over 16s: assessment and management. NICE guideline [NG59]. London, 2016. Disponível em: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng59>. Acesso em: 20 março. 2023.

ROSENBLOOM, B. N.; KATZ, J. Treatment of Chronic Pain by Integrating Physiological, Psychological, and Behavioral Approaches. In: WALSH, D. *et al.* Palliative Medicine. 1st ed. Philadelphia: Saunders Elsevier, 2008. p. 170-184.

STANTON, T. R. *et al.* Cognitive-behavioral therapy and exercise for chronic pain: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of Pain*, v. 18, n. 5, p. 571-585, 2017.

SCHAFFER, L. A. B.; GUIMARÃES, H. P.; TOSCANO JR, A. de. Dor crônica: definição, tratamento e prevenção. *Revista Brasileira de Anestesiologia*, v. 58, n. 3, p. 343-350, maio-jun. 2018.

VALENTE, M. F. de A. *et al.* Dor crônica em trabalhadores da indústria metalúrgica: prevalência e fatores associados. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v. 21, n. 2, p. 355-365, jun. 2018.

VAN OOSTROM, S. H. *et al.* Multidisciplinary guidelines for the management of persistent pain: the Dutch guidelines. *International Journal of Behavioral Medicine*, v. 23, n. 1, p. 1-10, fev. 2016.

Infecção pelo vírus da hepatite B

Hepatitis B virus infection

Ana Clara Linhares Almeida

Discente do curso Biomedicina da Fac. Única de Ipatinga (FUNIP)

Daianny Silveira Gandra

Discente do curso Biomedicina da Fac. Única de Ipatinga (FUNIP)

Maria Esther Bicalho Lessa

Discente do curso Biomedicina da Fac. Única de Ipatinga (FUNIP)

Gustavo Neves de Oliveira

Discente do curso Biomedicina da Fac. Única de Ipatinga (FUNIP)

Leticia Duarte Ananias

Discente do curso Biomedicina da Fac. Única de Ipatinga (FUNIP)

Mariana Taynara Mulano Nogueira

Discente do curso Biomedicina da Fac. Única de Ipatinga (FUNIP)

Marina Reis Caetano de Oliveira

Discente do curso Biomedicina da Fac. Única de Ipatinga (FUNIP)

Rebeca Laranjeira Branco

Discente do curso Biomedicina da Fac. Única de Ipatinga (FUNIP)

RESUMO

Em países em desenvolvimento foi observado que a hepatite B é considerado um problema de saúde mundial, pois um terço da população está infectado com o vírus da hepatite B (HBV). Existem diversos programas de vacinação disponíveis a toda a população na tentativa de conter a infecção. Este trabalho tem por objetivo a atualização das informações sobre a Hepatite B que se justifica pelos índices elevados ainda na infecção através do vírus da hepatite B. O quanto antes o paciente for diagnosticado melhor e mais rápido será submetido ao tratamento para a diminuição e contenção do problema. A vacina é reconhecida como um grande aliado a diminuir a propagação da hepatite B. Os profissionais de saúde poderão auxiliar aos pacientes quanto aos tratamentos existentes.

Palavras-chave: infecção. hepatite B. tratamento.

ABSTRACT

In developing countries, it was observed that hepatitis B is considered a global health problem, as one third of the population is infected with the hepatitis B virus (HBV). There are several vaccination programs available to the entire population in an attempt to contain the infection. The objective of this work is to update the information on Hepatitis B, which is justified by the high rates still in the infection through the hepatitis B virus. problem. The vaccine is recognized as a great ally in reducing the spread of hepatitis B. Health professionals will be able to help patients with existing treatments.

Keywords: infection. hepatitis B. treatment.



INTRODUÇÃO

De acordo com Brasil (2016) as doenças provocadas por agentes etiológicos diferentes afetando o tecido hepático, são as hepatites virais agudas e crônicas. As hepatites virais são causadas por cinco vírus: o vírus da hepatite A (hepatitis A vírus - HAV), o vírus da hepatite B (hepatitis B vírus - HBV), o vírus da hepatite C (hepatitis C vírus - HCV), o vírus da hepatite D (hepatitis D vírus - HDV) e o vírus da hepatite E (hepatitis E vírus - HEV).

A infecção pelo vírus da Hepatite B ocorre por via parenteral e sexual. Em adultos é comum a cronificação entre 5 a 10% dos casos; em transmissão vertical, a cronificação pode chegar em torno de 70 a 90% das crianças quando a mãe está com o vírus replicante (HBeAg reagente) e 10 a 40% quando não está replicante (Anti-HBe reagente) (BRASIL, 2016).

Em síntese, a transmissão de HBV pode ser através de:

- solução de continuidade (pele e mucosa);
- relações sexuais desprotegidas;
- via parenteral (compartilhamento de agulhas e seringas, tatuagens, piercings, procedimentos odontológicos ou cirúrgicos, etc.);
- os líquidos orgânicos podem conter o vírus e propagar a infecção (sêmen, secreção vaginal e leite materno).
- etiologicamente o HBV possui um período de incubação de 30 a 180 dias (média 70 dias) com forma icterica em torno de 30%.

É considerado um reservatório viral os indivíduos com infecção crônica transmitindo infecção para outras pessoas. É comum a apresentação de risco de doença hepática avançada, tais como a cirrose e carcinoma hepatocelular.

Em países em desenvolvimento foi observado que a hepatite B é considerado um problema de saúde mundial, pois um terço da população está infectado com o vírus da hepatite B (HBV). Existem diversos programas de vacinação disponíveis a toda a população na tentativa de conter a infecção. De acordo com Prysopoulos (2011), foi descoberto em 1965 o antígeno de superfície da hepatite B (AgHBs) conhecido como o antígeno Austrália (AgAu) - e o anticorpo, anti-HBs. Já em 1971 surgiu o pacote viral completo do vírus da hepatite B que recebeu o nome de Dane. Através de medidas profiláticas e uso de vacinas fez com que o impacto da hepatite B vem diminuindo, mas ainda encontramos as formas crônicas continuam sendo diagnosticadas e dessa forma, a evolução da infecção para cirrose e necessitando de transplantes do fígado.

Este trabalho tem por objetivo a atualização das informações sobre a Hepatite B.

METODOLOGIA

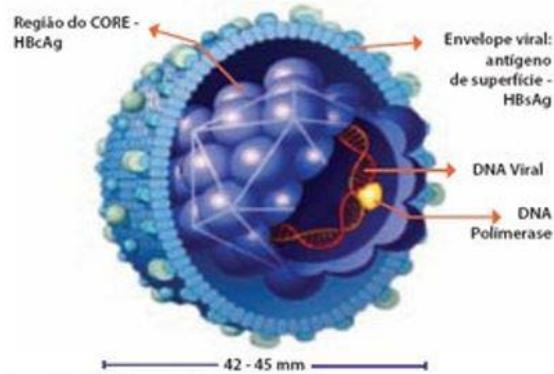
A metodologia utilizada na realização deste trabalho foi através de levantamento de referências bibliográficas em livros, artigos, revistas científicas, manuais do Ministério da

Saúde através de plataformas online com informações relevantes sobre o tema de infecção pela hepatite B a produção do trabalho. As palavras chaves utilizadas na pesquisa foram infecção, hepatite B e tratamento.

DESENVOLVIMENTO

O agente causador da hepatite B, o vírus da hepatite B (HBV) pertencente à família Hepadnaviridae é formado por um DNA-vírus envelopado, com fita de DNA dupla incompleta e replicação do genoma viral através da enzima transcriptase reversa (FIGURA 1).

Figura 1 - Vírus Hepatite B.



Fonte: Brasil (2022)

A atuação deste vírus provoca uma doença infecciosa agredindo o fígado e pode ser encontrado no sangue e secreções. Quando a infecção é aguda, a pessoa infectada adquire sintomas de curta duração, pois em até seis meses após os primeiros sintomas se resolve e é encontrada anticorpos chamados anti-Hbs. Já quando os sintomas se estendem para mais de seis meses é considerado crônica com presença de anticorpos chamados de anti-HbsAg no sangue.

A infecção pelo vírus da hepatite B (HBV) é considerada um importante problema de saúde pública e pode apresentar diversas manifestações clínicas, incluindo hepatite aguda, crônica, cirrose e carcinoma hepatocelular (CHC). Estima-se que 257 milhões de pessoas no mundo estão vivendo com o HBV (OMS, 2019).

Epidemiologia

A concentração dos casos de hepatite B se encontra na região da Amazônia e na região Sul. Alguns grupos de pessoas são mais vulneráveis à essa infecção pelo aumento de sua exposição ao vírus através de suas atividades relacionados ao sexo, drogas, prisões e sem teto. Houve a notificação de 233.027 casos de hepatite B no período de 1999 a 2018 e que nas regiões Sul e Norte a taxa é superior se comparado a taxa nacional (BRASIL, 2022).

Sintomas

Os sinais e sintomas para os pacientes com hepatite B nas fases mais avançadas

são: cansaço, tontura, enjoo, vômitos, febre e dor abdominal. Em alguns pacientes pode ser observado olhos e pele amarelados (BRASIL, 2022).

Diagnóstico

De acordo com Terrault *et al.* (2018) e Sarin *et al.* (2016) apontam que o diagnóstico da hepatite B pode ser realizada através de amostras sanguíneas de pacientes com a presença do HBsAg que é reagente por pelo menos seis meses.

E o interessante é que a população possui a sua disposição testes rápidos (TR) distribuídos pelo Ministério da Saúde desde 2011. A recomendação de prevenção é que todas as pessoas que ainda não receberam a vacinação e que possui idade superior a 20 anos necessitam procurar as unidades de saúde para a realização de testes rápido para hepatite B (BRASIL, 2022).

Tratamento

O tratamento para a hepatite B ajuda no controle da progressão da cirrose, e incidência de câncer de fígado melhorando a sobrevida ao longo prazo visto que não se cura a infecção pelo vírus da hepatite B. Aliado as medicações são necessárias que se evite o uso de bebidas alcoólicas. As pessoas podem adquirir o tratamento com antivirais específicos liberados no SUS (Sistema Único de Saúde) seguindo o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Hepatite B. e Coinfecções (PCDT Hepatite B) (BRASIL, 2022).

Prevenção

A vacinação é a maneira mais segura e eficaz utilizada para a prevenção da hepatite B. O SUS acrescentou a vacinação da hepatite B no calendário de vacinação infantil disponibilizando nas unidades básicas de saúde (UBS) para todas as pessoas de todas as idades. Normalmente é solicitado que a pessoa tome as três doses da vacina para estar imunizado. A população adulta poderá utilizar preservativos para evitar a transmissão do vírus da hepatite, bem como não compartilhar objetos particulares de uso pessoal com outras pessoas como alicate de unha, escova de dente, lâminas de barbear, seringas, tatuagens, piercing etc. Uma atenção especial deve estar nas grávidas para prevenir a transmissão da mãe para o bebê. (BRASIL, 2022).

De acordo com Garbin *et al.* (2020) o esquema de vacinação para a hepatite B está disponível para a população e que os profissionais de saúde deverão receber capacitações referentes a vigilância sanitária, as medidas de prevenção para que o controle das infecções possa ser um sucesso.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Mesmo com a ampla divulgação sobre a infecção da hepatite B ainda é possível encontrar pessoas desinformadas sobre a prevenção e tratamento da doença. A vacinação pode ser aplicada em qualquer pessoa de várias idades. Campanhas educativas facilitaria melhor a compreensão sobre o assunto, bem como a vacinação desde criança para a

redução da infecção. O profissional da saúde tem condições para esclarecer sobre a medicação e tratamento da hepatite B.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis, Aids e Hepatites Virais (2016). Manual Técnico para o Diagnóstico das Hepatites Virais / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. – Brasília: Ministério da Saúde, 123 p.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE (2022). Doenças de condições crônicas e infecções sexualmente transmissíveis. 2022. Disponível em: <<http://antigo.aids.gov.br/pt-br/publico-geral/hv/o-que-sao-hepatites/hepatite-b>>. Acesso em: 05 jun. 2023.

GARBIN, C. A. S., *et al.* (2020). Imunização contra hepatite B em auxiliares em saúde bucal: estudo transversal no sistema público de saúde do estado de São Paulo em 2018; Epidemiol. Serv. Saúde. Disponível em < <https://www.scielo.org/article/ress/2020.v29n2/e2019113/>>. Acesso em: 03 de jun. 2023.

OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (2019). Fact Sheets Hepatitis B. Disponível em: acesso em 06 jun. 2023. Disponível em: <<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hepatitis-b>>. Acesso em: 06 jun. 2023.

PYRSOPOULOS, N. T. (2011). Hepatitis B. Medscape Reference.

SARIN, S. K.; KUMAR, M.; LAU, G. K.; ABBAS, Z.; CHAN, H. L.; CHEN, C. J.; CHEN, D. S.; CHEN, H. L.; CHEN, P. J.; CHIEN, R. N.; DOKMECI, A. K.; GANE, E.; HOU, J. L.; JAFRI, W; JIA, J.; KIM, J. H.; LAI, C. L.; LEE, H. C.; LIM, S. G.; LIU, C. J.; LOCARNINI, S.; AL MAHTAB, M.; MOHAMED, R.; OMATA, M.; PARK, J.; PIRATVISUTH, T.; SHARMA, B. C; SOLLANO J.; WANG, F. S.; WEI, L.; YUEN, M. F.; ZHENG, S. S.; KAO, J. H. (2016). Asian-Pacific clinical practice guidelines on the management of hepatitis B: a 2015 update. *Hepatology Int*, v. 10, p. 1–98.

TERRAULT, N. A; LOK, A. S. F; MCMAHON, B. J.; CHANG, K. M.; HWANG, J. P.; JONAS, M. M.; BROWN JR, R. S.; BZOWEJ, N. H.; WONG, J. B. (2018) Update on prevention, diagnosis, and treatment of chronic hepatitis B: AASLD 2018 hepatitis B guidance. *Hepatology* 67:1560–1599

Modelo de avaliação da melhoria da qualidade em saúde: estrutura, processo e resultados

Luciano Cicero da Silva

Doutorando em Saúde Pública com Ênfase em Epidemiologia, Mestre em Administração de em Serviços de Saúde pela Universidade de Ciências Empresariais e Sociais (UCES, Argentina); MBA em Gestão Integrada da Qualidade Em Saúde pela Faculdade Unimed; Professor Universitário; Gestor da qualidade na Unimed Franca

RESUMO

Avedis Donabedian (1919-2000) foi um médico e pesquisador de origem libanesa, radicado nos Estados Unidos, que se destacou no campo do estudo da qualidade em saúde, sendo reconhecido por ter concebido um modelo de avaliação da qualidade: o “Modelo” ou “Tríade de Donabedian”. Ele também é considerado o pai da Qualidade no setor da Saúde e realizou estudos que tiveram um profundo impacto sobre os sistemas de gestão nas áreas da medicina e alguns de seus princípios ainda hoje são considerados atuais e de grande importância para a excelência hospitalar. Este estudo visa apresentar um mapa conceitual das dimensões de estrutura, processos e resultados definidos por Avedis Donabedian. Essas dimensões estão alinhadas ao modelo de melhoria contínua e fazem uma interface com os conceitos atuais de Saúde Baseada em Valor frente a gestão de resultados. O artigo ainda compara as dimensões ao ciclo PDCA e aspectos comuns de aplicação do modelo de Donabedian, aos processos de acreditação de serviços de saúde.

Palavras-chave: dimensões. estrutura. processo. resultado. melhoria.

ABSTRACT

Avedis Donabedian (1919-2000) was a Lebanese-born physician and researcher who settled in the United States and became prominent in the field of healthcare quality study, being recognized for having conceived a quality assessment model: the “Model” or “Donabedian Triad”. He is also considered the father of Quality in the healthcare sector and conducted studies that had a profound impact on management systems in the areas of medicine, and some of his principles are still considered current and of great importance for hospital excellence. This study aims to present a conceptual map of the dimensions of structure, processes, and outcomes defined by Avedis Donabedian. These dimensions are aligned with the continuous improvement model and interface with current concepts of Value-Based Health in relation to results management. The article also compares the dimensions to the PDCA cycle and common aspects of applying Donabedian’s model to healthcare accreditation processes.

Keywords: dimensions. structure. process. outcome. improvement.



INTRODUÇÃO

A Qualidade em saúde é um tema sempre atual e que muito além de um movimento ou possível modismo, pode ser entendida como uma nova ciência da saúde, que visa a melhoria contínua, a segurança e os melhores resultados para o paciente. Este artigo explora de maneira ampla o pensamento de Avedis Donabedian, no entendimento de sua tríade voltada para o modelo de avaliação e gestão em saúde, considerando as dimensões de estrutura, processos e resultados. Este modelo basilar da qualidade em saúde, definido por Donabedian, serve hoje como modelo fundamental para a construção de requisitos dos principais modelos de acreditação em saúde existentes no mundo.

A tríade de Avedis Donabedian além de referência, é conceitual para a construção de qualquer projeto de melhoria em saúde. Atualmente, diversas ferramentas e metodologias são utilizadas nos serviços de saúde, umas mais complexas que outras, mas traduzem o mesmo pensamento: se não pensarmos nas dimensões de estrutura, processos e resultados, não teremos qualidade em saúde, teremos algumas iniciativas, alguns projetos, mas não necessariamente um olhar voltado para resultado com foco no paciente, na sua experiência e na sua jornada, considerando que o mais importante quando se fala em qualidade em saúde, nada mais é que o impacto que podemos causar nas populações, promovendo a saúde, a qualidade de vida, o desfecho favorável e os melhores resultados com os recursos, processos e tecnologias disponíveis.

REVISÃO DA LITERATURA

Avedis Donabedian é amplamente reconhecido por profissionais de saúde que trabalham com garantia de qualidade em saúde como uma autoridade em todos os aspectos desse campo de estudo, especialmente em questões teóricas e práticas de monitoramento e avaliação de qualidade. Muitos dos conceitos mencionados a seguir vêm de seus escritos. A qualidade em saúde inclui vários componentes, que podem ser agrupados em sete categorias, conhecidas como os 7 pilares da qualidade. Esses pilares são: eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade (DONABEDIAN, 1990).

Donabedian é considerado o pai da Qualidade no setor da Saúde e seus estudos tiveram um profundo impacto sobre os sistemas de gestão nas áreas da medicina. Alguns de seus princípios ainda hoje são considerados atuais e de grande importância para a excelência hospitalar. A adoção desses passos em sua plenitude requer mudanças na cultura organizacional e uma repaginação dos processos internos da instituição. Mesmo tendo sido propostos há quase 40 anos, os pilares da qualidade de Donabedian ainda são referência na Qualidade hospitalar (DONABEDIAN, 1990).

Avedis Donabedian, considerado o pai da Qualidade no setor da Saúde, descreveu em seus livros “Explorations in quality assessment and monitoring” o que chamou de 7 pilares da qualidade na área da Saúde: eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade.

1. Eficácia: está relacionada ao alcance dos resultados e corresponde aos recursos capazes de produzir efeitos positivos no paciente. Esses recursos seriam a soma de tudo

que a medicina pode fazer para fornecer ao cliente melhora em sua saúde e qualidade de vida. Portanto, a eficácia seria um conjunto das condições ideais para o tratamento de um indivíduo: as melhores estruturas físicas, os melhores equipamentos, melhores reações do paciente e os melhores serviços.

2. Efetividade: corresponde à melhora real obtida no tratamento do cliente utilizando os recursos disponíveis, que nem sempre são os melhores possíveis. A eficácia está relacionada mais ao planejamento do que será executado no tratamento do cliente, enquanto a efetividade está diretamente ligada aos resultados das ações. Deve-se sempre medir o quanto o cuidado real (Efetividade) se aproxima do cuidado ideal (Eficácia), buscando melhorar o tratamento para o que resultado real se aproxime o máximo possível do tratamento ideal.

3. Eficiência: está diretamente relacionada ao custo. A eficiência só é atingida quando algo é bem feito, minimizando o gasto de tempo ou custo.

4. Otimização: considera os cuidados com o paciente em conjunto com os custos do tratamento, tentando criar a melhor relação custo-benefício. Com a otimização, busca-se melhorar os processos já existentes, tornando-os mais rápidos e melhores. Reduzir o tempo de melhora do paciente sem aumentar os recursos utilizados ou reduzir os custos existentes em um tratamento sem reduzir a melhora do paciente são alguns exemplos de otimização.

5. Aceitabilidade: relaciona-se à adaptação do cliente ao tratamento e está diretamente direcionado às expectativas do paciente e de seus familiares em relação aos cuidados recebidos. Para que a aceitabilidade do cliente em relação aos cuidados seja maior, é preciso trabalhar aspectos como acessibilidade, relação médico-paciente, comodidade do tratamento e custo do tratamento.

6. Legitimidade: tem a ver com visão que a sociedade tem a respeito da organização. Obter Legitimidade é fazer com que a sociedade aceite a instituição como uma boa prestadora dos serviços que oferece.

7. Equidade: é o princípio que rege o que é justo na hora de distribuir os recursos disponíveis para cuidados com a saúde.

Esses são os 7 pilares da qualidade na área da Saúde descritos por Avedis Donabedian.

Os 7 pilares da qualidade na área da Saúde descritos por Avedis Donabedian estão relacionados com os conceitos de estrutura, processos e resultados. Donabedian apresentou, na década de 1960, um modelo de avaliação de qualidade que é, ainda hoje, muito empregado, por sua simplicidade e utilidade. Ele separa os componentes básicos para uma avaliação de qualidade em três categorias: estrutura, processo e resultado (DONABEDIAN, 2005).

A estrutura diz respeito aos recursos ou insumos utilizados na assistência à saúde. A avaliação estrutural baseia-se no princípio de que a qualidade de um programa, serviço ou intervenção está em direta relação com a infraestrutura de que dispõe (COSTA; CESSE, 2015).

O processo engloba as atividades ou os procedimentos empregados pelos profissionais da saúde para transformar os recursos em resultados, como, por exemplo, os exames diagnósticos e o tratamento médico. A avaliação do processo visa verificar se as pessoas fazem o que deve ser feito à vista do conhecimento disponível(CHAMPAGNE *et al.*, 2011).

Os resultados dessas intervenções na saúde das pessoas são representados pelas respostas ou mudanças verificadas nos pacientes, servindo de exemplos o desaparecimento dos sintomas, a redução da mortalidade, o aumento da capacidade de realizar as atividades do dia-a-dia e a melhoria da qualidade de vida. A avaliação dos resultados significa saber o que ocorre com as pessoas após passarem pelo processo de cuidados com a saúde. Atualmente, um dos melhores recursos disponíveis consiste na Saúde Baseada em Valor. (SILVA, 2021)

Esses três tipos de informações só podem ser utilizados se existir uma relação causal entre eles: a estrutura apoia a execução do processo e o processo é executado para gerar resultado .

MATERIAIS E MÉTODOS

Foi realizada uma revisão de literatura nas bases de dados PubMed, Scopus e Web of Science para identificar estudos sobre a qualidade em serviços de saúde. Com base em revisão de literatura, foi construído um modelo conceitual de avaliação para serviços de saúde.

DISCUSSÃO

Para o entendimento da estrutura do modelo de avaliação conforme o pensamento de Avedis Donabedian , foi estruturada uma ferramenta (Figura 1) para facilitar o entendimento dos aspectos fundamentais da avaliação dos serviços, conforme figura abaixo:

Figura 1 - Estrutura Conceitual do modelo de Qualidade em Saúde de acordo com o pensamento de Avedis Donabedian

P (plan)	PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO / POLÍTICAS INSTITUCIONAIS / COMISSÕES / UNIDADE DE NEGÓCIO		
D (Do)	PROCEDIMENTOS / PROTOCOLOS E NORMAS ESPECÍFICAS / REGISTROS E ATIVIDADES		
C (Check)	MONITORA POR INDICADORES E AVALIA POR AUDITORIA		
A (Act)	ANALISA OS RESULTADOS E DESENVOLVE PLANOS DE AÇÃO COM FOCO EM MELHORIA		
1	<ul style="list-style-type: none"> Perfil e característica do serviço Dimensionamento Competência profissional 	<ul style="list-style-type: none"> Gerenciamento das interações Gestão de Indicadores Gestão das ocorrências 	<ul style="list-style-type: none"> Resultado dos processos para a realização de ciclos de melhoria Ciclo de Melhorias de protocolos e comissões
2	<ul style="list-style-type: none"> Condições operacionais e de infraestrutura Critérios para a realização das atividades Cumprimento de normas, procedimentos e processos 	<ul style="list-style-type: none"> Gestão da efetividade dos processos críticos políticas, protocolos, barreiras 	<ul style="list-style-type: none"> Ciclo de Melhorias da governança Ciclo de Melhorias da experiência do paciente Ciclo de Melhorias da gestão de riscos Ciclo de Melhorias das auditorias
3	<ul style="list-style-type: none"> Identificação dos riscos operacionais Estratégias de contingências; Barreiras de segurança 	<ul style="list-style-type: none"> Melhorias à partir das auditorias Melhorias à partir de eventos adversos e não conformidades 	<ul style="list-style-type: none"> Cultura justa Sustentabilidade Cultura de Segurança
ESTRUTURA		PROCESSO	RESULTADO
<p>As exigências deste nível contemplam a definição das diretrizes e políticas organizacionais para o atendimento seguro e de qualidade da organização, nas especialidades e nos serviços da organização de saúde a ser avaliada, com os recursos (nota) adequados a demanda e ao porte da organização.</p>		<p>As exigências deste nível contemplam a definição, classificação, desenvolvimento dos processos da organização e a interação entre eles. O acompanhamento e avaliação dos seus resultados, para o alcance das diretrizes e políticas estratégicas e para promover ações de melhoria.</p>	<p>As exigências deste nível contemplam evidências da maturidade organizacional, utilizando o conhecimento e o aprendizado para tomada de decisão, bem como o relacionamento com todas as partes interessadas, buscando a efetividade dos resultados institucionais, a sustentabilidade e a responsabilidade socioambiental, promovendo melhoria contínua.</p>

Fonte: Elaborado pelo autor

Conforme vemos na FIGURA 1, a base do modelo de gestão em saúde, visando a qualidade dos serviços, começa pelo Planejamento Estratégico. A estratégia da organização é estrutural, fundamental para que se alcance os objetivos fundamentais da organização. Quando a organização não tem estratégia, não define sua identidade organizacional, não consegue definir que resultado irá buscar, quais objetivos são prioritários e como pode estabelecer medidas poderosas de desempenho (FALCONI, 2009).

Dimensão de Estrutura

A etapa seguinte desse processo de implementação de um modelo de avaliação da qualidade em saúde, consiste na descrição de padrões, procedimento e protocolos que possam traduzir quais os processos mais críticos a organização precisa gerenciar. A documentação de processos é uma etapa importante por ser apoio fundamental na execução não só da estratégia mas também das rotinas que possam comprometer a segurança do paciente e a interação segura dos processos críticos (ALVES *et al.*, 2015).

A gestão por indicadores e por dados estratégicos é uma outra etapa importante quando se fala em processos de qualidade em saúde. Os indicadores de processo estão diretamente relacionados ao desdobramento da estratégia e identificação dos resultados esperados por área. As organizações de saúde podem gerenciar seus resultados através de seus indicadores mais críticos (VOLPATO *et al.*, 2010).

Analisar criticamente os resultados é uma ferramenta de melhoria fundamental para os serviços de saúde. Atualmente, muito se fala em indicadores, inteligência de dados, porém analisar os resultados para a tomada de decisão é um desafio para a maioria das organizações, porque exige mudança de cultura e mudança no modelo de trabalho (FALCONI, 2009).

Os parágrafos acima estão muito relacionados ao modelo do ciclo PDCA (Plan, Do, Check e Act), este modelo foi desenhado com (DEMING, 1990) o objetivo de estruturar o pensamento da melhoria contínua e pode ser aplicado a uma organização como um todo, um projeto ou uma ação pontual para que se possa atingir melhoria.

Considerando as características de estrutura, é fundamental que se entenda as características de cada unidade, cada processo, assim como o dimensionamento das equipes de trabalho. A gestão como foco em estrutura, é pensada minimamente nas pessoas e nos pacientes, considerando, aspectos de segurança do paciente, e segurança psicológica, em virtude da complexidade do atendimento ao paciente e a necessidade um atendimento de qualidade e que possa garantir as condições mínimas de segurança (RATZKE, Maio/2020). A qualificação das pessoas e o uso do conhecimento técnico para o alcance dos melhores resultados assistenciais devem ser considerados quando se trata de gestão de pessoas. Isso quer dizer ser fundamental quer os serviços de saúde possam contar com profissionais certos, no local correto e com as competências técnicas e comportamentais necessárias para o desempenho de suas atividades (DUTRA, 2006; OLIVEIRA *et al.*, 2015; SILVA *et al.*, 2015; BEZERRA *et al.*, 2006).

Ainda considerando a dimensão de estrutura, a análise das condições operacionais e de infra estrutura devem ser consideradas na avaliação da qualidade do serviço. A

segurança do paciente pode ficar comprometida quando materiais, equipamentos e estruturas não atendem exatamente as necessidades dos pacientes (VENEZIANO, 2013). Outra ferramenta importantes é o gerenciamento de contingências para a garantia da continuidade dos processos em situações de crise ou catástrofe (CHANG-CHIEN *et al.*, 2012).

No que diz respeito a estrutura, a gestão de riscos é outro processo importante, considerando as questões voltadas para a segurança do paciente. Nesse aspecto, é fundamental o mapeamento dos riscos por meio de análise preliminar, a definição de barreiras de segurança, a avaliação contínua dos riscos, a notificação de eventos adversos e mecanismos eficientes de tratativa (OPAS/OMS. . . , ; PARANÁ. Secretaria da Saúde, 2015; GAMA; SATURNO, 2017; MINUZZI; SALUM; LOCKS, 2016).

Dimensão de Processos

A dimensão de processos de Donabedian engloba as atividades ou os procedimentos empregados pelos profissionais da saúde para transformar os recursos em resultados, como, por exemplo, os exames diagnósticos e o tratamento médico, esses procedimentos que podem transformar recursos em resultados, devem estar integrados e com entrega de valor mensurável (DONABEDIAN, 1987; DONABEDIAN, 1988).

Na avaliação do processo, a questão central versa sobre a utilização dos recursos empregados. Se as pessoas fazem o que deve ser feito, à vista do conhecimento disponível, os resultados da assistência à saúde serão melhores que nas situações em que as pessoas não seguem os procedimentos recomendados, aí também se encontra a origem de erros relacionados aos fatores humanos (REASON, 2000) .

A base para emitir um juízo de qualidade é o conhecimento da relação entre as características do processo, a atenção médica e suas consequências para a saúde e bem-estar dos indivíduos e da sociedade, de acordo com o valor que o indivíduo e a sociedade dá à saúde e ao bem-estar .(PORTER; TEISBERG, 2007; LARSON; TEISBERG; JOHNSON, 2000)

Dimensão de Resultados

A dimensão de resultados de Donabedian corresponde à avaliação do êxito dos objetivos do cuidado em saúde e satisfação do usuário ou da população. O foco da atenção dos serviços de saúde sempre deverá ser o paciente, e o que se consegue alcançar para que ele tenha um desfecho favorável ou alcance o resultado esperado (BERWICK; FOX, 2016)

Os resultados dessas intervenções na saúde das pessoas são representados pelas respostas ou mudanças verificadas nos pacientes, servindo de exemplos o desaparecimento dos sintomas, a redução da mortalidade, o aumento da capacidade de realizar as atividades do dia-a-dia e a melhoria da qualidade de vida .(FREITAS *et al.*, 2011)

Atualmente os modelos de Saúde Baseada em Valor (VBHC), são a grande oportunidade de se mensurar resultados. Todas as estruturas organizacionais de serviço de saúde são facilmente gerenciadas e seus resultados medidos. O desafio atual está no olhar para

o paciente e identificar como foi a sua jornada, quais os resultados das intervenções e o como o paciente percebe a sua qualidade de vida. Pacientes em condições crônicas de saúde podem ser acompanhados por medidas de valor, protocolos validados que possam evidenciar que as estratégias para a melhora clínica do paciente realmente atingem o resultado esperado (KELLEY, 2015; MCNAMARA *et al.*, 2015).

Outros aspectos importantes relacionados a dimensão de resultados, consiste na implementação de ciclos de melhoria em todos os aspectos das dimensões anteriores, além da implementação de uma cultura justa e de aprendizado frente aos erros e a sustentabilidade de todo o modelo de gestão em saúde (PETSCHONEK *et al.*, 2013; BOYSEN, 2013; FALCONI, 2009).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Podemos perceber ao longo do artigo, o quanto o pensamento de Donabedian é atual e aplicável ao momento. As dimensões de estrutura, processo e resultado, podem ser entendidas como um conjunto de estruturas de fácil entendimento e contextualização, porque propõe um olhar direcionado as melhores práticas desde a estruturação de um serviço, até os desfechos da prática assistencial.

O objetivo deste artigo foi o de explorar as dimensões da qualidade, buscar um melhor entendimento e apresentar uma estrutura conceitual que pode ser aplicada a qualquer serviço.

Temos como resultado desta pesquisa, um quadro conceitual que serve como referência para a implementação de um modelo de gestão da qualidade.

Como principal resultado, este estudo apresenta uma ferramenta que pode ser adotada e utilizada inclusive como roteiro de autoavaliação.

Para trabalhos futuros, recomendamos um estudo aprofundado das dimensões da qualidade com a temática de Saúde Baseada em Valor, por ser tratar de um tema muito recente e que pode ser ainda mais estudado sob a perspectiva da gestão pela qualidade.

REFERÊNCIAS

ALVES, K. *et al.* Impacto da gestão da qualidade no desempenho de organizações hospitalares na região metropolitana de São Paulo. 2015. Dissertação (Mestrado). Disponível em: <http://hdl.handle.net/10438/13736>.

BERWICK, D.; FOX, D. M. "Evaluating the Quality of Medical Care": Donabedian's Classic Article 50 Years Later. *The Milbank Quarterly*, John Wiley and Sons Inc., v. 94, n. 2, p. 237 – 241, 6 2016. ISSN 0887-378X. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4911723/>.

BEZERRA, P. R. C. *et al.* Qualidade em serviços de saúde. 2006. Dissertação (Mestrado) — Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Disponível em: <http://repositorio:ufrn.br:8080/jspui/handle/123456789/15084>.

- BOYSEN, P. G. Just Culture: A Foundation for Balanced Accountability and Patient Safety. *The Ochsner Journal*, the Academic Division of Ochsner Clinic Foundation, v. 13, n. 3, p. 400 – 406, 2013. ISSN 1524-5012. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3776518/>.
- CHAMPAGNE, F. *et al.* A avaliação no campo da saúde: conceitos e métodos . In: CHAMPAGNE, F. *et al.* (Ed.). *Avaliação: conceitos e métodos*. 1ª. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011. p. 41 – 60.
- CHANG-CHIEN, L. *et al.* Incorporating Demand Response With Spinning Reserve to Realize an Adaptive Frequency Restoration Plan for System Contingencies. *IEEE Trans. Smart Grid*, v. 3, n. 3, p. 1145 – 1153, 2012. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1109/TSG.2012.2192297>.
- COSTA, J. M. B. da S.; CESSE, E. A. P. Desempenho de intervenções em saúde. 2015. Tese (Doutorado) — Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães. Disponível em: <http://arca.icict.fiocruz.br/handle/icict/13904>.
- DEMING, W. E. *Qualidade: A Revolução da Administração*. Rio de Janeiro: Saraiva, 1990.
- DONABEDIAN, A. Commentary on some studies of the quality of care. *Health Care Financing Review*, CENTERS for MEDICARE & MEDICAID SERVICES, v. 1987, n. Suppl, p. 75 – 85, 12 1987. ISSN 0195-8631. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4195097/>.
- DONABEDIAN, A. Evaluating the Quality of Medical Care. *The Milbank Quarterly*, Blackwell Publishing, Inc., v. 83, n. 4, p. 691 – 729, 12 2005. ISSN 0887-378X. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2690293/>.
- DONABEDIAN, A. The Seven Pillars of Quality. *Arch Pathol Lab Med*, v. 114, n. 11, p. 1115 – 1118, nov 1990.
- DONABEDIAN, A. The quality of care: How can it be assessed? *JAMA*, v. 260, n. 12, p. 1743 – 1748, 1988. ISSN 0098-7484. Acesso em 20 Mar. 2015.
- DUTRA, J. S. *Gestão de Pessoas: modelos, processos, tendências e perspectivas*. São Paulo: Atlas, 2006.
- FALCONI, V. *O Verdadeiro Poder*. 2ª edição. ed. Nova Lima: Falconi Editora, 2009. 233 p.
- FREITAS, P. de S. S. *et al.* A percepção dos usuários sobre a oferta de programas de promoção da saúde e prevenção de doenças: o caso de uma operadora de autogestão. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, scielo, v. 21, p. 449 – 459, 00 2011. ISSN 0103-7331. Disponível em: <http://www.scielo.br/scieloOrg/php/articleXML.php?lang=en&pid=S0103-73312011000200007>.
- GAMA, Z. A. S.; SATURNO, P. J. A segurança do paciente inserida na gestão da qualidade dos serviços de saúde. In: ANVISA (coord.). *Assistência Segura: Uma reflexão teórica aplicada à prática*. 2ª. ed. Brasília -DF: [s.n.], 2017. (Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde), cap. 3, p. 29 – 39.
- KELLEY, T. A. International Consortium for Health Outcomes Measurement (ICHOM). *Trials*, BioMed Central, v. 16, n. Suppl 3, p. O4 –, 2015. ISSN 1745-6215. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4661751/>.

LARSON, A. L.; TEISBERG, E. O.; JOHNSON, R. R. Sustainable Business: Opportunity and Value Creation. *Interfaces*, v. 30, n. 3, p. 1 – 12, 2000. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1287/inte.30.3.1.11658>.

MCNAMARA, R. L. *et al.* Standardized Outcome Measurement for Patients With Coronary Artery Disease: Consensus From the International Consortium for Health Outcomes Measurement (ICHOM). *Journal of the American Heart Association: Cardiovascular and Cerebrovascular Disease*, John Wiley & Sons, Ltd, v. 4, n. 5, p. e001767 – , 5 2015. ISSN 2047-9980. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4599409/>.

MINUZZI, A. P.; SALUM, N. C.; LOCKS, M. O. H. AVALIAÇÃO DA CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM TERAPIA INTENSIVA NA PERSPECTIVA DA EQUIPE DE SAÚDE. *Texto & Contexto - Enfermagem*, Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós Graduação em Enfermagem, v. 25, n. 2, 00 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072016000200313&lng=en&nrm=iso.

OLIVEIRA, S. F. R. de *et al.* Distribuição de retorno do investimento no capital intelectual. 2015. Dissertação (Mestrado) — Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Aplicadas. Disponível em: <http://libdigi.unicamp.br/document/?code=000950900>.

OPAS/OMS Brasil - Aliança Mundial para Segurança do Paciente. Disponível em: http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=931:alianca-mundial-para-seguranca-do-paciente&Itemid=685. Acesso em: 14/09/2017.

PARANÁ. Secretaria da Saúde. Programa Nacional de Segurança do Paciente. Formação e estrutura do Programa Nacional de Segurança do Paciente. Curitiba, 2015. Acesso em: 19 Mar. 2017. Disponível em: http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/ApresentacaoPNSP_Curitiba_julho_2015.pdf.

PETSCHONEK, S. *et al.* Development of the Just Culture Assessment Tool (JCAT): Measuring the Perceptions of HealthCare Professionals in Hospitals. *Journal of patient safety*, v. 9, n. 4, p. 190 – 197, 12 2013. ISSN 1549-8417. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4214367/>.

PORTER, M. E.; TEISBERG, E. O. Repensando a saúde: Estratégias para melhorar a qualidade e reduzir os custos. Porto Alegre: Bookman, 2007. 432 p.

RATZKE, F. Segurança Psicológica - O fator mais importante das equipes de sucesso. Maio/2020. Disponível em: <https://www.fractos.co/blog/seguranca-psicologica-o-principal-fator-das-equipes-de-sucesso>. Acesso em: 14/08/2020.

REASON, J. Human error: models and management. *West J Med*, Copyright 2000 BMJ publishing Group, v. 172, n. 6, p. 393 – 6, 6 2000. ISSN 0093-0415. Acesso em 07 Out. 2014. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10854390>. <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=PMC1070929>. Acesso em: 04-08-2016.

SILVA, C. R. M. da *et al.* Gestão do conhecimento com foco na segurança do paciente. 2015. Dissertação (Mestrado) — Universidade Nove de Julho. Disponível em: <http://bibliotecadigital.uninove.br/handle/tede/1197>.

SILVA, F. L. da. Direcionadores para implantação da saúde baseada em valor em instituições hospitalares. 2021. 107 p. Dissertação (Programa de Pós-Graduação em Engenharia de

Produção e Sistemas) — Universidade do Vale do Rio dos Sinos. Disponível em: <http://www.repositorio:jesuita.org:br/handle/UNISINOS/9742>.

VENEZIANO, W. H. Estudo para dimensionamento de centros regionais de engenharia clínica em Santa Catarina. 2013. Dissertação (Mestrado). Disponível em: <https://repositorio:ufsc:br/handle/123456789/111682>.

VOLPATO, L. F. *et al.* Avaliação da qualidade dos serviços na area da saude. 2010. Dissertação (Mestrado) — Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Odontologia de Piracicaba. Disponível em: <http://libdigi:unicamp:br/document/?code=000477488>.

Organizador

Luciano Cicero da Silva

Doutorando em Saúde Pública com Ênfase em Epidemiologia, Mestre em Administração em Saúde pela UCES – Argentina. MBA em Gestão da Qualidade Integrada em Saúde pela Faculdade Unimed. Especialista em Qualidade e Produtividade pela Universidade Federal de São Carlos, formado em Gestão da Qualidade pela Universidade Barão de Mauá. Avaliador Líder da acreditadora americana AACI. Gerente corporativo da Qualidade e Segurança do Paciente na Unimed Franca. Experiência na implantação de projetos da qualidade e segurança do paciente, e acreditação internacional no Brasil, Portugal e Angola.

Índice Remissivo

A

abordagem 11, 14, 17, 18
assistência 12, 17, 26, 27, 29, 30, 33, 34, 35, 37, 38, 39,
40, 41, 42, 43,
assistência social 26, 27, 29, 30

B

biossegurança 10, 11, 12, 13, 14, 15, 17, 18

C

conscientização 11, 12, 16, 17
CRAS 26, 27, 30
CREAS 26, 30
crime 62, 63, 65, 66
cultural 17, 18
cursos 10, 11, 13, 14, 16

D

desenvolvimento 12, 14, 17, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 34,
38, 41, 45, 48, 53, 59, 64, 71, 72, 76, 80, 81
direito 27, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 55, 56, 57,
58, 59, 60
direitos 27, 32
doenças 13, 38, 41, 47, 51, 54, 69, 70, 72, 73, 81
dor crônica 69, 70, 71, 72, 73, 75, 76, 77, 78, 79

E

econômica 17, 18
educação 11, 13, 14, 16, 17, 27
emocional 17, 18, 19, 21, 22
ensino 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18
estudos 11, 16, 17

F

farmacêutica 33, 34, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43,
farmacêutico 33, 34, 35, 40, 41, 42
farmacológico 33, 42
feminicídios 62

G

gestão 26, 27, 29, 31

H

habilidade 17, 19, 21
habilidades 17, 18, 19, 20, 21, 22
hepatite B 80, 81, 82, 83, 84

I

infecção 71, 80, 81, 82, 83, 84
informação 11, 17, 26, 27, 29, 30, 31
integração 17, 18
integração social 17
inteligência 17, 18, 19, 21, 22

J

judicialização 44, 45, 47, 49, 50, 52, 53, 54, 55, 59

L

laboratório 11, 13, 14, 15, 16, 18
legislação 12, 27, 39, 62, 63, 65
liderança 17, 20, 21, 22

M

medicamentos 33, 34, 35, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 47, 48, 49, 50, 51, 54, 55, 56, 57, 59, 60

método 26

metodologia 10, 14

mulher 30, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68

N

neuropática 70, 71

O

ocupacionais 11, 17

P

política 13, 27, 32, 34, 44, 45, 47, 48, 49, 52, 54, 55, 56, 57, 59

políticas 26, 27, 29, 31, 44, 45, 47, 48, 49, 52, 53, 54, 55, 56, 58, 59

políticas públicas 26, 31

políticos 27

prevenção 11, 12, 13, 14, 15, 47, 63, 66, 69, 70, 71, 73, 75, 76, 77, 78, 79

proteção 12, 13, 18, 49, 53, 56, 58, 62, 65

psicológica 62, 65, 68

R

recursos 33, 41, 42

resiliência 17, 18, 19, 20, 21, 22

riscos 10, 11, 12, 13, 14, 16, 17

S

saúde 10, 11, 12, 13, 14, 16, 17, 18, 27, 28, 29, 30, 31,

32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, , 44,
45, 46, 47, 48, 49, 50, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60
serviços públicos 44
sistema 5, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 35, 40, 44, 45, 46, 47,
53, 55, 56, 57, 59
sistema de informação 26, 29, 30, 31
sistemas 26, 27, 31
sociais 19, 20, 22, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 44, 45, 46, 47,
53, 56, 58
social 17, 18
sociedade 27, 30, 31
SUAS 26, 27, 29, 30, 31

T

técnica 17, 20
tratamento 33, 34, 35, 36, 37, 42, 43, 44, 47, 48, 51,
56, 57, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80,
82, 83, 84

U

urgência 44, 48, 57

V

violência 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68
vírus 80, 81, 82, 83
vítimas 62, 63, 64, 65

