

Aplicabilidade e potencialidades no uso de ferramentas de *Business Intelligence* na Atenção Primária em Saúde

Applicability and potentiality in the use of Business Intelligence tools in Primary Health Care

Douglas Rodrigues Torres (<https://orcid.org/0000-0001-6001-1770>)¹

Gisela Cordeiro Pereira Cardoso (<https://orcid.org/0000-0002-4014-0951>)²

Dolores Maria Franco de Abreu (<https://orcid.org/0000-0001-8454-327X>)²

Daniel Ricardo Soranz (<https://orcid.org/0000-0002-7224-5854>)²

Egléubia Andrade de Oliveira (<https://orcid.org/0000-0001-5877-9879>)³

Abstract Data management tools, called Business Intelligence (BI), can be important to provide complete and customizable information for the demands of health management. The objective of the article is to present the evaluation of the applicability and potential of a BI tool in the planning of management actions of Primary Health Care. Exploratory study, with a quantitative approach, using the dimensions of efficiency and optimization as attributes of quality. A Family Clinic was selected in the city of Rio de Janeiro. Data from the territory, from the Bolsa Família Program register and some “Care Lines” were inserted in the BI, in order to explore the possibilities of combining and generating indicators. In this article, we present the use of Form A and the pregnant woman’s Care Line. As a result, greater range of detailed indicators compared to a common tab, and optimization in obtaining lists and perform monitoring tasks by the teams and the manager. Regarding efficiency, its low cost and easy handling reduces the costs of creation and necessary professionals. As a conclusion, the BI tool enables greater organization and planning, facilitating the Family Health Clinic management, mainly for the monitoring of indicators and evaluation processes.

Key words Business Intelligence, Information Management, Primary Health Care, Health Management, Family Health

Resumo As ferramentas de gestão de dados, denominadas Business Intelligence (BI), podem ser importantes para fornecer informações completas e personalizáveis para as demandas da gestão em saúde. O objetivo é apresentar a avaliação da aplicabilidade e potencialidade do uso de uma ferramenta de BI no planejamento das ações de gestão da Atenção Primária em Saúde. Estudo exploratório, de abordagem quantitativa, tendo as dimensões de eficiência e otimização como atributos da qualidade. Seleção de uma Clínica da Família, da cidade do Rio de Janeiro, sendo inseridos no BI dados do território, do cadastro do Programa Bolsa Família e de linhas de cuidado, para explorar as possibilidades de combinação e de geração de indicadores. Neste artigo, apresentamos a Ficha A e a Linha de cuidado da gestante. Como resultados a ampliação de indicadores detalhados em relação à um tabulador comum e otimização na obtenção de listas e do monitoramento por parte das equipes e do gestor. Quanto à eficiência, seu baixo custo e fácil manuseio reduz custos de criação e de profissionais necessários. Conclui-se que a ferramenta viabiliza uma maior organização e planejamento, facilitando a gestão da Clínica da Família, sobretudo no monitoramento dos indicadores e processos avaliativos.

Palavras-chave Business Intelligence, Gestão da Informação, Atenção Primária em Saúde, Gestão em Saúde, Saúde da Família

¹ Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. R. Afonso Cavalcanti 445, Cidade Nova. 20211-110 Rio de Janeiro RJ Brasil. dougrtorres@gmail.com

² Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro RJ Brasil.

³ Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro RJ Brasil.

Introdução

A gestão de uma unidade de saúde envolve o manejo de vários dados, sejam de natureza epidemiológica, financeira, de condições socioeconômicas, de acesso aos serviços de saúde e da qualidade prestada. As ferramentas de gestão, denominadas de *Business Intelligence* (BI), podem ser facilitadoras da organização desse processo, ao combinar dados armazenados em inúmeros bancos e fornecer informações mais completas e personalizáveis para as demandas da gestão em saúde. O *Business Intelligence* (BI) é definido por Salimon e Macedo¹ como:

*(...) um conjunto de metodologias, processos e tecnologias que são empregadas para coletar, integrar, analisar e disponibilizar dados transformando-os em informações significativas e úteis para permitir “insights estratégicos, táticos e operacionais” mais eficazes e tomada de decisão.*¹(p.32).

Apesar da disponibilidade das ferramentas de gestão do tipo BI, a baixa qualidade dos dados e os arquivos de papel, ainda são uma realidade em vários municípios brasileiros. Alguns locais ainda utilizam registros físicos da informação o que retarda e dificulta os processos de trabalho envolvidos. Observa-se nesses casos pouca interação entre os gestores e a burocratização desses processos². A revisão bibliográfica realizada por Salimon e Macedo¹ identificou vários artigos retratando a dificuldade de se obter dados confiáveis, devido primordialmente à natureza das fontes. Boland et al.³ também relatam dificuldades em se obter dados confiáveis e de formar novos conhecimentos a partir do observado. Schaeffer et al.⁴ retratam por outro lado a vantagem no uso de tecnologias para reduzir custos em saúde, eventos adversos e reinternações, otimizando assim todo o processo de funcionamento de um hospital. A questão do registro dos dados, portanto, torna-se uma questão fundamental⁵.

Os registros eletrônicos em saúde

Cavalini et al.⁵, definem o registro eletrônico como uma “coleção longitudinal em saúde no formato eletrônico”. Para Araújo et al.⁶ é um “conjunto de informações de saúde e assistência de um paciente durante toda a sua vida”. Esses dados têm uma legalidade que envolve sigilo profissional e institucional e sua guarda é de responsabilidade da instituição, com a corresponsabilidade do médico responsável técnico e também do médico assistente, quando da posse e uso do mesmo. O registro eletrônico em saúde (RES)

agiliza o atendimento, promovendo um diagnóstico facilitado e um tratamento rápido, eficiente e econômico⁷. O RES, evolutivamente, torna a proteção da informação facilitada, em se tratando de espaço físico para guarda do documento, mas também representa um desafio para o processo de segurança que envolve o trinômio criação, uso e produção final^{8,9}.

Dentre os sistemas de RES encontra-se o Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP) e o Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC), instrumentos que agregam todas as funções e componentes que se utilizam em um serviço de saúde. Em sua maioria, são sistemas que integram os componentes necessários para o RES, e através de críticas ao funcionamento do sistema, os mesmos são ajustados de acordo com a demanda solicitada pelo setor saúde¹⁰. Autores diferenciam o RES do PEP, sendo o RES uma experiência mais ampla em relação ao registro, e o PEP, um sistema mais específico, com dados individuais de pacientes e seus atendimentos^{6,11}.

O RES tem um potencial de prover diagnóstico e evolução terapêutica, bem como a capacidade de organizar o fluxo e os processos de trabalho, facilitando também a realização de estudos de natureza científica. Um outro potencial do RES é avaliar os processos e a qualidade dos serviços de saúde, apoiando as tomadas de decisão. Nos dias atuais, ferramentas tais como a *Business Intelligence* (BI), possibilitam a combinação de bancos de dados e de fornecimento de informações completas e personalizáveis, sendo um potente instrumento na gestão de uma unidade de saúde.

Na Atenção Primária em Saúde (APS), especificamente na Estratégia de Saúde da Família (ESF), a sequência de coleta de dados, codificação, decodificação e posterior elaboração do plano de ação baseado em evidências, é primordial para que esse ciclo contínuo seja útil e adequado às necessidades identificadas. Por exemplo, na redução de internações hospitalares por condição sensível à APS, onde o desempenho de serviços da APS é determinante¹².

As ferramentas de gestão e o município do Rio de Janeiro

O município do Rio de Janeiro foi dividido em dez Áreas Programáticas ou Áreas de Planejamento (AP) que são coordenações que cuidam da APS em cada região e são responsáveis pelo planejamento, execução e avaliação das ações. O Observatório de Tecnologias de Informação e

Comunicação em Sistemas e Serviços de Saúde (OTICS-RIO), implantado em 2010, foi uma ferramenta importante com foco na comunicação e divulgação de informações, sendo descontinuada pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS) no ano de 2017¹³.

O OTICS-RIO tinha como preceito a divulgação de informações em tempo real, interatividade, inovação, foco em resultado, entre outros, e seus espaços, divididos entre as 10 AP da cidade, se organizavam em uma rede colaborativa em parceria com as unidades de saúde, CAPs e a Subsecretaria de Atenção Primária, Vigilância e promoção de Saúde (SUBPAV). As potencialidades dessa rede e seus objetivos foram descritos por Pinto e Rocha¹³ como apoio a formação dos trabalhadores do SUS, apoio a disseminação de dados e comunicação em saúde e suporte à qualificação e gestão da informação na Atenção Primária à Saúde¹³. De acordo com o acesso aos blogs das unidades, os autores observaram uma ramificação e distribuição das informações tendo em vista os quase sete milhões de acessos aos blogs das unidades da cidade do Rio de Janeiro.

Ainda, falando em ferramentas, a SUBPAV possui painel concentrador de dados de indicadores próprio (<http://www.subpav.org>), que auxilia na gestão. O mesmo funciona como concentrador de dados de várias fontes oficiais, facilitando o acesso à informação pelas equipes.

Na gestão local das Áreas de Planejamento ainda se utilizam ferramentas básicas, cálculos manuais, planilhas e fontes extraídas de diversos bancos. As formas de cálculo dos indicadores e a extração desses elementos é realizada manualmente, sendo assim, passível de falhas. A Figura 1 demonstra o fluxo das informações na APS com a intermediação de plataformas de BI.

No Município do Rio de Janeiro, em meados de 2011 a maioria das unidades de atenção primária já possuía o PEP instalado e em funcionamento. O software utilizado foi modelado para atender as necessidades de gestão das unidades, e em 2012 já era possível analisar indicadores de forma integrada, avaliar custos de material, RH, volume de pacientes e procedimentos executados¹⁴. Esses indicadores, extraídos de várias fontes, combinados através de uma plataforma de BI, pode apresentar uma informação de forma a otimizar os recursos e atingir os objetivos de forma mais efetiva e ágil.

Dentre as diversas plataformas de BI disponíveis, existe a *Qlik Sense* (<http://www.qlikcloud.com>), que funciona em duas modalidades de conta, a gratuita e a paga. Há pequenas diferenças en-

tre elas, como por exemplo, o número de colaboradores e de acessos disponíveis, mas a capacidade de processamento é igual. O *Qlik*, como outras plataformas, tem versão que requer um software para instalação, podendo-se trabalhar em um computador desconectado da internet. Porém, para esse estudo, utilizamos a versão online.

Este artigo visa avaliar a aplicabilidade e a potencialidade do uso do *Qlik Sense Cloud* (<http://www.qlikcloud.com>) no processo de criação, utilização e extração de dados e sua versatilidade nos processos de gestão de uma unidade de saúde da ESF no município do Rio de Janeiro, empregando duas variáveis de gerenciamento das ações na APS como ilustração, a saber a Ficha A e a linha de cuidado da Gestante.

Método

Trata-se de estudo de caso, de natureza exploratória, utilizando dados referentes ao período de junho de 2018 a setembro de 2019.

Inicialmente realizou-se a modelização da intervenção com a construção do Modelo Lógico da aplicabilidade do BI *Qlik Sense* na APS, o que possibilitou a compreensão de sua racionalidade e a relação entre os recursos necessários, as atividades planejadas e os efeitos previstos para sua operacionalização¹⁵. A modelização também pode contribuir para o monitoramento da intervenção ao fornecer um plano claro de acompanhamento, de forma que os sucessos possam ser reproduzidos e os problemas evitados.

Para a avaliação da ferramenta *Qlik Sense* foram utilizadas planilhas de dados extraídos de prontuário eletrônico, do SISREG e de uma plataforma oficial de dados de programas assistenciais de complementação de renda federal e municipal (SUBPAV/BF/CFC) de uma Clínica da Família (CF) da CAP 5.2. Bases adicionais foram construídas pelos autores e outras obtidas em formato digital através do Sistema de Informação Ambulatorial (SIA), do TABNET Municipal.

Previamente às análises, alguns dados constantes nas planilhas foram criptografados e substituídos por letras e números, de modo a não identificar locais ou pacientes. A avaliação da ferramenta se deu desde a sua construção, personalização e manuseio, em um conjunto de 10 aplicativos que utilizam planilhas únicas ou combinação de planilhas de dados oriundas de diversos sistemas de informação.

A apreciação normativa foi a estratégia de avaliação da aplicabilidade da ferramenta de BI.

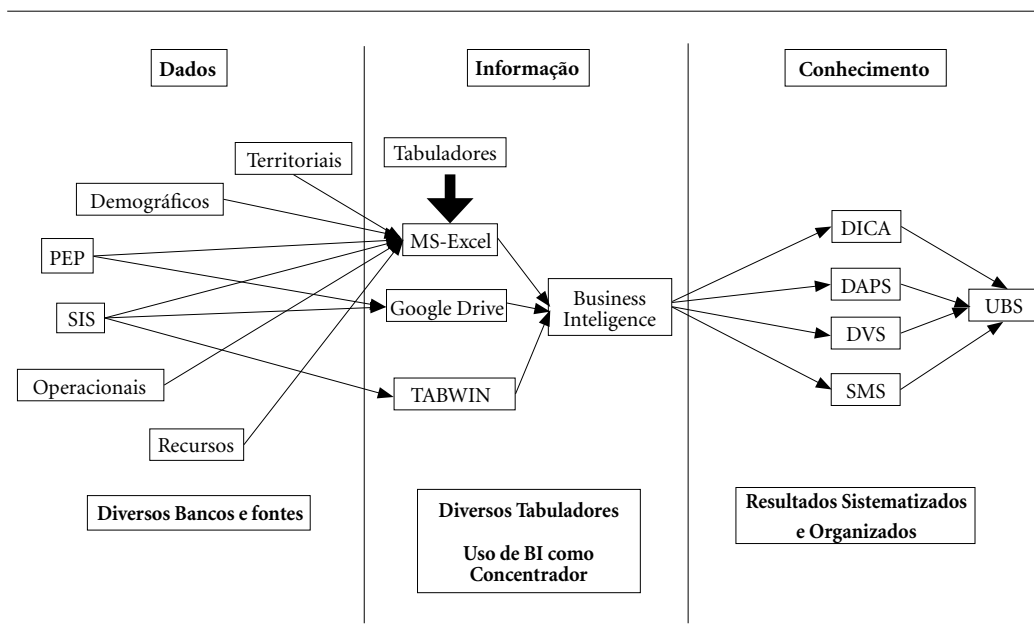


Figura 1. Fluxograma do ciclo de dados nas CAP com BI.

Fonte: Elaboração dos autores.

A interpretação dos resultados foi individualizada por variável, verificando a qualidade através das dimensões eficiência e otimização, consideradas por Donabedian¹⁶ dois dos sete atributos de qualidade^{16,17}. A eficiência, dada como a relação entre os recursos utilizados e os resultados obtidos, refere-se ao alcance do efeito esperado do serviço ou tecnologia em saúde pelo menor custo possível. A otimização é definida pelo balanceamento mais eficiente entre as melhorias obtidas e o custo empregado¹⁸.

A análise não considerou o tempo de construção de cada aplicativo, tendo utilizado somente o tempo do processo e a quantidade de “cliques” do usuário para se chegar ao resultado almejado. A quantidade foi medida através do número de cliques e de modificações necessárias nas planilhas para se chegar à informação.

A análise dos dados foi norteada por variáveis para o gerenciamento das ações na APS: da Gestão (cadastros duplicados entre unidades, dados de devolvidos do SISREG e SIA); do Território (dados da Ficha cadastral do usuário preenchida pelo Agente Comunitário de Saúde (ACS) - Ficha A, dados do Bolsa Família e Cartão Família Carioca); e de Linhas de Cuidado (crianças de 0 a 1 ano, crianças de 1 a 2 anos, diabetes, gestantes, e tuberculose). Este artigo priorizou uma dimen-

são do Território, a Ficha A, e uma Linha de Cuidado, a de Gestantes.

Campo de Estudo

O município do Rio de Janeiro possuía, pelo último censo do IBGE em 2010, 6.320.446 milhões de pessoas sendo desses, 438.419 pessoas nos territórios de Campo Grande e Guaratiba, área de abrangência da CAP 5.2. Utilizando os dados de cadastrados de setembro de 2019, a mesma área possui 635.140 pessoas cadastradas em unidades de APS com território adscrito. Essa discrepância se dá principalmente pela defasagem do último censo do IBGE. O estudo lançou mão de dados de uma CF desta área programática que conta com 15.146 pessoas cadastradas.

Como o território da AP 5.2 possui áreas descobertas de ESF, deveria ter um maior número populacional em relação aos cadastrados. Após trabalhar o banco de cadastros, foram excluídas 13.073 duplicações entre unidades combinando nome, CPF e CNS para obtenção de um número mais preciso, sabendo que existem pessoas que são cadastradas em mais de uma unidade, pela dificuldade de comunicação entre os prontuários.

Até o final de 2008 a cobertura da ESF era de 3,5% atingindo 70,9% no município no final de

2016¹⁹. Isto resultou na implantação do prontuário eletrônico do paciente, utilizado a partir de 2009 na maioria das unidades de APS do município, constituindo a principal fonte de dados. Com a mudança de gestão em 2017 houve uma diminuição dessa cobertura, passando a 64,9% em 2018, com redução no número de profissionais na ponta, representando um decréscimo de aproximadamente 1.700 profissionais²⁰.

Roteiro

Foi elaborado um roteiro de avaliação, obedecendo em cada aplicativo, itens de relevância científica e epidemiológica no planejamento e gestão das unidades de APS, seguindo todos os passos propostos anteriormente, desde a elaboração do mesmo até a obtenção dos dados finais. A seguir, encontram-se descritos o que foi priorizado na análise das duas variáveis de gestão selecionadas, uma para o Território (Ficha A) e outra para uma Linha de Cuidado (Gestante).

Ficha A

A incompletude no preenchimento das fichas pessoais do prontuário do paciente não só dificultam a leitura de individualização dos dados, como também não atende às determinações recentes que instituem o Cadastro de Pessoas Físicas (CPF) como documento único do cidadão em todo território nacional²¹. O uso do CPF como identificador permite a interseção entre entes públicos e privados, como por exemplo, o ressarcimento ao SUS pelas operadoras privadas no atendimento de um segurado (Artigo 38 da Lei 9.656, de 1998)²².

Foram avaliados os cadastros registrados em Ficha A com número de CPF ausente ou incorreto e que tenham registro de planos de saúde. Dessa forma, foi verificada tanto a ausência do dado, quanto a inconsistência do mesmo, como por exemplo, números incompletos.

Gestantes

A existência de intercorrências durante o pré-natal, com consequências para o parto, pode ocorrer pela presença de problemas anteriores à gestação, por exemplo, àqueles relacionados à saúde bucal. Muitos destes problemas podem ser identificados em uma avaliação durante a gestação. Questões relacionadas à orientação à gestante para realização de uma avaliação em saúde bucal e a baixa adesão verificada podem acarretar intercorrências evitáveis no momento do parto²³.

Na lista de gestantes analisada no período buscou-se identificar as que estavam sem registro de avaliação em saúde bucal, após pelo menos duas consultas de pré-natal. Dessa forma, foi possível verificar sua realização ou não.

O estudo foi submetido e aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa (CEP) da ENSP/Fiocruz e da SMS do Rio de Janeiro, e atendeu aos preceitos éticos e legais da Resolução nº466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

Resultados e discussão

Como primeira etapa da avaliação, elaborou-se o Modelo Lógico da aplicabilidade do BI na APS, descrito na Figura 2.

A construção do Modelo Lógico toma por base a descrição clara da intervenção e de que maneira cada componente contribui para que o processo seja conduzido e seu efeito finalístico alcançado. Em alguns pontos os componentes são complementares, em outros essenciais. Dentre as vantagens da elaboração e visualização do modelo, a principal é a vinculação entre a intervenção em si e seus efeitos, dando a percepção visual dos passos entre a elaboração e os objetivos finalísticos. Nesse sentido, elaborou-se um modelo representativo da intervenção, que nesse estudo é o Modelo Lógico operacional da aplicabilidade do BI para os processos de gestão²⁴. Esta representação visual permitiu identificar os diferentes componentes da ferramenta de BI, desde os recursos necessários ao seu funcionamento, as principais atividades, e os efeitos de curto, médio e longo prazo²⁴.

O modelo foi validado com atores participantes da intervenção, sendo realizadas adaptações a partir das contribuições de cada um, de forma a aprimorar a compreensão e os objetivos da intervenção, em um processo de elaboração colaborativo²⁵. No processo de validação pactuou-se que o principal efeito finalístico do uso da ferramenta de BI seria a melhoria na capacidade de planejamento, monitoramento e avaliação da gestão.

A segunda etapa do estudo compreendeu a utilização da Ferramenta de BI *Qlik Sense Cloud*. Sua escolha, dentre outras existentes, foi por sua disponibilidade e acessibilidade online, sem necessidade de instalação de softwares ou servidores, e também pela possibilidade de uso da conta gratuita com todas as funcionalidades necessárias.

Em um primeiro acesso, a ferramenta se demonstrou ser bem intuitiva. Ao acessar o endere-

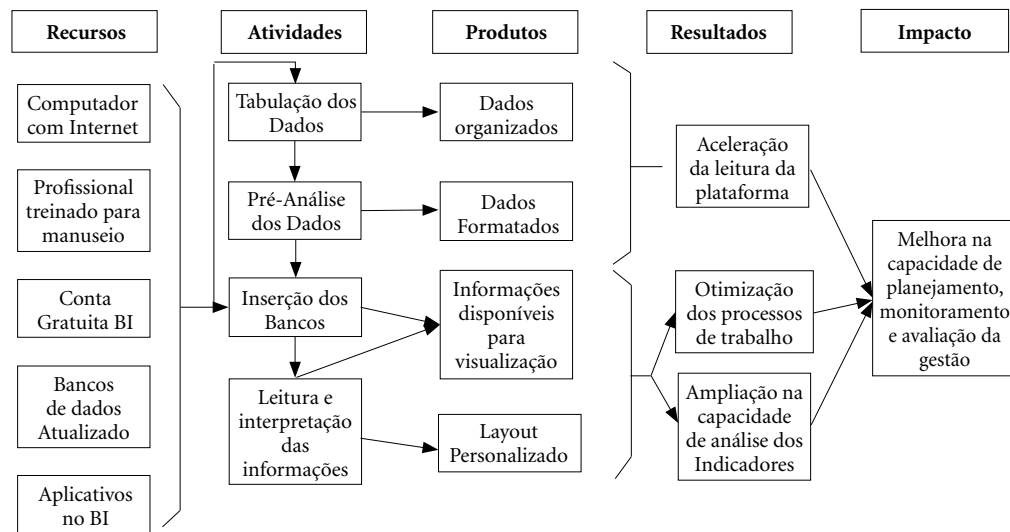


Figura 2. Modelo Lógico de Aplicabilidade do BI na APS.

Fonte: Elaboração dos autores.

ço da página pode-se escolher o idioma. O português é uma das línguas disponíveis, facilitando as solicitações, embora a maioria das codificações da plataforma seja em inglês, linguagem predominante em tecnologia de informação²⁶.

Território/Ficha A

A *Head up Display* (HUD), a tela principal, como chamada em linguagem de informática, desse aplicativo é um pouco mais complexa, justamente por englobar variáveis do território que compõem a Ficha A. Essas informações são de importância epidemiológica e auxiliam no planejamento das ações. Um exemplo é o fato de uma região específica ainda ter seu esgoto a céu aberto e água não encanada. Nesse sentido, a plataforma possibilita ao clicar nesse filtro específico, identificar as equipes e microáreas com maior quantidade de famílias com esse tipo de problema relacionado ao abastecimento de água e esgoto, sinalizando a necessidade de uma atenção ampliada a esse território, com uma possível prevalência maior de síndromes diarreicas. Esse é só um dos exemplos de visualização do aplicativo de Ficha A. A HUD foi preparada com as seguintes informações: equipe, microárea, plano de saúde, sexo, raça/cor, renda familiar, água, esgoto,

lixo, CPF, DNV, CNS, vulnerabilidade, bolsa família, atualização de Ficha A e lista de pacientes.

Linha de Cuidado/Gestantes

A HUD para gestantes segue a mesma lógica: o acesso facilitado a informações relevantes à atenção à gestante, seguindo parâmetros importantes ao seu acompanhamento. A maioria dos parâmetros são determinantes de um bom acompanhamento das mulheres gestantes, reduzindo a probabilidade de complicações materno-infantis. Presentes nos protocolos, os gráficos acompanham a lógica de fácil visualização das informações e listagem de pacientes.

Foi identificada uma pequena lista de pacientes que não foram avaliadas pela Equipe de Saúde Bucal (ESB), após consultas de pré-natal regulares. Isto poderia dever-se a falta de orientação ou ainda pela existência de mitos relativos à esse período específico da vida da mulher²³.

Foi preparada a HUD com as seguintes informações: Equipe e microáreas, realização dos testes rápidos, periodicidade das visitas domiciliares, avaliação de risco no prontuário, consultas médicas e de enfermagem, início do pré-natal em período ideal, avaliação em saúde bucal, além da listagem dos pacientes.

Como os outros, é possível filtrar nos gráficos a informação desejada e todo o conjunto se modifica de acordo com o filtro clicado. Este recurso é importante para busca ativa focada nas necessidades do serviço.

Análise das potencialidades

Apesar da facilidade no manuseio da ferramenta, algumas informações podem ser retiradas diretamente das planilhas, lançando mão dos filtros nos softwares de tabulação. Dependendo do grau de complexidade das mesmas, pode-se obter de forma simplificada, por exemplo, as listas por áreas e microáreas específicas, apenas aplicando-se o filtro correspondente. Partindo desse *modus operandi* simplificado e seguindo para obtenção de informações mais complexas, exemplificando, uma listagem por microárea de usuários com atualização cadastral deficitária, os filtros a serem aplicados no tabulador se tornam tão complexos ou praticamente inviáveis de serem aplicados no cotidiano, tornando o uso da ferramenta vantajoso.

Todos os aplicativos têm uma análise de tempo e intervenções necessárias, realizados comparativamente para demonstrar a potencialidade do uso da ferramenta, enquanto auxiliar na gestão. As informações obtidas podem ser melhor visualizadas no Quadro 1.

Inicialmente, avaliados por grandes grupos, foi verificada a obtenção das informações indicadas no roteiro de pesquisa. Através dessa medida foi observada a velocidade na obtenção dos valores que se busca.

Em outros casos, como a aplicação dos filtros entre combinações de tabelas seria bastante avançada, tornou-se necessário um profissional com curso ou domínio técnico avançado no tabulador, inviabilizando a aplicação prática do gestor em saúde para trabalhar com os dados. Nesse caso também, a ferramenta se mostrou eficaz para obtenção das informações, não sendo necessários grandes conhecimentos em informática para o manejo da mesma.

A construção dos aplicativos não foi considerada como tempo de análise, pois o mesmo é realizado uma única vez, sendo necessário apenas a carga de dados para obtenção de informações. Esse processo, apesar de não ser levado em consideração nesse estudo está demonstrado nos Quadros 1 e 2.

Alguns aplicativos levaram mais tempo que os outros, seja pela complexidade das fórmulas ou pela inexperience do operador, como foi o

Quadro 1. Construção dos aplicativos Ficha A e Gestantes.

Construção das bases	Território	Linhas de Cuidado
	Ficha A	Gestantes
Tempo de Construção	24h	120h
Adaptações	8	5
Fórmulas	16	10

Fonte: Elaboração dos autores.

Quadro 2. Ensaio comparativo entre as plataformas para Ficha A e Gestantes.

Utilização Ficha A		Território	Linhas de Cuidado
		Ficha A	Gestantes
Tempo de Obtenção da informação	BI	12s	26s
	Tabulador	182s	72s
Cliques	BI	4	5
	Tabulador	112	83

Fonte: Elaboração dos autores.

caso do aplicativo de gestantes, o primeiro a ser realizado. Os demais, foram mais rápidos, pois, várias fórmulas construídas no primeiro, são reaproveitadas e adaptadas, o que acelera todo o processo.

Os tempos utilizados são médias consideradas, pois nessa etapa não foi coletado o tempo exato da construção, e sim, atribuído em horas, os valores diários. Após a primeira construção, os HUD são adaptados de acordo com as necessidades, com inclusões e exclusões de fórmulas, personalizando as informações.

Também em parte dos roteiros foi possível perceber a potência da plataforma de BI, mesmo não sendo utilizada por um profissional de TI, isso é, sem atingir toda sua capacidade.

A correlação dos métodos tradicionais, com o uso de tabuladores e a plataforma de BI, para a Ficha A e Gestantes pode ser vista no Quadro 2. Alguns ensaios não puderam ser realizados, seja pelo grande volume de dados processados, inviável em um computador comum, ou pelo excesso de combinações. O tabulador utilizado no ensaio foi o Microsoft Excel.

Conforme foram realizados os ensaios, pode-se perceber a potência da plataforma, sendo

mais rápido e com menos cliques até se chegar ao objetivo da filtragem. Não foram comparados os resultados para verificação da fidelidade entre os mesmos, por não ser objetivo do estudo, porém em uma rápida visualização, os resultados da plataforma foram mais completos.

Apenas em um ensaio os valores foram aproximados, porém 110% maiores no tabulador do que na plataforma de BI. Outros foram bastante discrepantes como o caso do indicador de Ficha A, fornecendo uma diferença de 1516%, expressando a vantagem de utilização da plataforma de BI.

Quanto ao número de cliques, o resultado é semelhante. Em linhas gerais, os que demandam mais tempo, também necessitam de mais “cliques”, isto é, oferecem dificuldade no uso do tabulador para obtenção das listas.

Dentre os casos limítrofes, destaca-se o da Ficha A, com uma diferença de 2800% de cliques no tabulador em relação aos utilizados na plataforma de BI para se obter o mesmo resultado.

Conforme os resultados comparativos foram se revelando, pode-se então perceber as vantagens do uso da plataforma de BI, não só na visualização das informações como gráficos, mas também na extração das listas para direcionar o trabalho das equipes de saúde da família. Essa dupla visualização permite ao gestor, monitorar os processos de evolução de indicadores.

Considerações finais

As ferramentas de gestão de dados existem como facilitadoras dos processos de trabalho. Com o desenvolvimento da informática e do processamento de dados essas ferramentas estão cada vez mais ao alcance das instituições. Importante ressaltar que o uso de ferramentas de BI otimiza o processo de evolução das práticas através de importantes evidências. A análise da ferramenta de BI utilizada no estudo foi determinante para ilustrar a potência de seu uso sistematizado no âmbito da saúde, principalmente na APS. De acordo com autores, estas evidências podem advir do próprio cotidiano ou da academia, ou ainda mesclando as experiências a fim de obter o melhor resultado possível^{12,13,27,28}.

A aplicação adequada da ferramenta permite a otimização do monitoramento e da gestão de indicadores na APS, tornando-se um facilitador para a geração de informações de qualidade para orientar decisões eficientes pelos gestores, sejam locais ou municipais.

Embora a ferramenta possua fragilidades descritas e analisadas no processo, possui potencialidades, tornando-a viável de acordo com as dimensões de qualidade adotadas. Eficiência, enquanto ferramenta de BI de baixo custo atinge os objetivos traçados para seu uso em relação aos resultados esperados. Além disso, após codificada e com treinamento simples, a ferramenta pode ser manipulada por qualquer pessoa, reduzindo custos de criação e o número profissionais necessários para seu manejo.

Quanto à otimização apresenta versatilidade na sua modelização de acordo com as necessidades do serviço e da gestão e permite a incorporação de novas funcionalidades em versões futuras. Ou seja, apresenta condições apropriadas para a melhoria dos procedimentos e processos de trabalho envolvidos fornecendo informações que sejam responsivas às demandas do território. O estudo apresenta, então, um aspecto pouco explorado na APS do Brasil que é o uso da plataforma de BI para a gestão e aborda a questão da interoperabilidade dos Sistemas de Informação em Saúde (SIS). Contribui ainda para a ampliação dos usos dos sistemas de monitoramento e avaliação na APS. A agilidade em se obter as informações se demonstra peça-chave ao otimizar o tempo dos gestores e dos profissionais da saúde na condução dos processos de trabalho na APS.

A gestão tem espaço para inovações sistematizadas, informadas em evidências científicas possibilitando a expansão do uso da tecnologia no âmbito da saúde. Permite a realização de estudos em profundidade, objetivando análises de dados complexas, que não envolvem grandes servidores de dados ou a exigência de profissionais com expertise em TI.

Para a área de planejamento 5.2, o estudo pode demonstrar o ganho que a Divisão de Informações, controle e avaliação teria, caso utilizasse a plataforma de BI para processamento de dados. O ganho de velocidade de processamento se traduziria em ações mais eficazes no território, com maior facilidade em atingir os objetivos de uma unidade de Atenção Primária. Como o estudo não aplicou a ferramenta para uso direto, isso não pode ser avaliado nesse momento.

Finalizando, ao permitir que se acelere os processos de obtenção de resultados para planejamento, recomenda-se também um estudo longitudinal para verificar a efetividade da intervenção em médio e longo prazo, em conjunto com a estimulação das equipes com as extrações de informações da plataforma.

Colaboradores

DR Torres: elaboração dos aplicativos, inserção e coleta de dados, revisão bibliográfica, elaboração do modelo lógico, quadros e imagens. GCP Cardoso: revisão bibliográfica, elaboração do modelo lógico, quadros e imagens, editoração do texto, avaliação dos dados extraídos. DMF Abreu: revisão bibliográfica, elaboração do modelo lógico, quadros e imagens, editoração do texto, avaliação dos dados extraídos. EA Oliveira: revisão bibliográfica, elaboração do modelo lógico, quadros e imagens, editoração do texto, avaliação dos dados extraídos. DR Soranz: revisão bibliográfica, elaboração do roteiro de aplicativos, editoração do texto, avaliação dos dados extraídos

Referências

1. Salimon CC, Macedo MCS. Aplicações de Business Intelligence na Saúde: Revisão de Literatura. *J Health Inform* 2017; 9(1):31-35.
2. Littike D, Sodré F. A arte do improviso: o processo de trabalho dos gestores de um Hospital Universitário Federal. *Cien Saude Colet* 2015; 20(10):3051-3062.
3. Boland GW, Thrall JH, Duszak R. Business intelligence, data mining, and future trends. *J Am Coll Radiol* 2015; 12(1):9-11.
4. Schaeffer C, Booton L, Halleck J, Studeny J, Coustasse A. Big Data Management in US Hospitals: Benefits and Barriers. *Health Care Manag (Frederick)* 2017; 36(1):87-95.
5. Cavalini LT, Oliveira Ahiadzo NCL, Cook TW. Os Registros Eletrônicos em Saúde e seus Potenciais Impactos no Campo da Saúde Pública. *J Bras Tele* 2013; 2(4):168-177.
6. Araujo TV, Pires SR, Bandiera-Paiva P. Adoção de padrões para Registro Eletrônico em Saúde no Brasil. *RECIIS* 2014; 8(4):554-566.
7. Leal RM. *O prontuário sob a ótica da defesa médica* [Internet]. LHML [acessado 2019 mar 26]. Disponível em: <http://crmpr.org.br/publicacoes/cientificas/index.php/arquivos/article/viewFile/699/683>.
8. Jatene DA, Consoni FL, Bernardes RC. *Avaliação da Implementação do Prontuário Eletrônico do Paciente e Impactos na Gestão dos Serviços Hospitalares: a experiência do InCor - Instituto do Coração*. XXXVI Encontro da ANPAD; 2012.
9. Patrício CM, Maia MM, Machiavelli JL, Navaes MA. O prontuário eletrônico do paciente no sistema de saúde brasileiro: uma realidade para os médicos? *Scientia Med* 2011; 21(3):121-131.
10. Kawakami TT, Lunardelli RA, Vechiato FL. O prontuário eletrônico do paciente na perspectiva das recomendações de usabilidade: proposta de organização da informação. *Inf Inf* 2017; 22(3):456-483.
11. Costa JFR, Portela MC. Percepções de gestores, profissionais e usuários acerca do registro eletrônico de saúde e de aspectos facilitadores e barreiras para a sua implementação. *Cad Saude Publica* 2018; 34(1):e00187916.
12. Ferreira VRS, Najberg E, Ferreira CB, Barbosa NB, Borges C. Inovação em serviços de saúde no Brasil: análise dos casos premiados no Concurso de Inovação na Administração Pública Federal. *Rev Adm Publica* 2014; 48(5):1207-1227.
13. Pinto LF, Rocha CMF. Inovações na Atenção Primária em Saúde: o uso de ferramentas de tecnologia de comunicação e informação para apoio à gestão local. *Cien Saude Colet* 2016; 21(5):1433-1448.
14. Soranz D, Pinto LF, Camacho LAB. Análise dos atributos dos cuidados primários em saúde utilizando os prontuários eletrônicos na cidade do Rio de Janeiro. *Cien Saude Colet* 2017; 22(3):819-830.
15. Chen H. *Practical program evaluation: assessing and improving planning, implementation, and effectiveness*. Thousand Oaks: Sage; 2005.
16. Donabedian A. The seven pillars of quality. *Arch Pathol Lab Med* 1990; 114(11):1115-1118.
17. Conill EM. Avaliação em saúde: bases conceituais e operacionais. *Cad Saude Publica* 2011; 27(1):195.

18. Frias PG, Costa JMB da S, Figueiró AC, Mendes MFM, Vidal SA. Atributos da Qualidade em Saúde. In: Samico I, Felisberto E, Figueiró AC, Frias PG, organizadores. *Avaliação em Saúde: Bases Conceituais e Operacionais*. Rio de Janeiro: MedBook; 2010.
19. Soranz D, Pinto LE, Penna GO. Eixos e a Reforma dos Cuidados em Atenção Primária em Saúde (RCAPS) na cidade do Rio de Janeiro, Brasil. *Cien Saude Colet* 2016; 21(5):1327-1338.
20. O'Dwyer G, Graever L, Britto FA, Menezes T, Konder MT. A crise financeira e a saúde: o caso do município do Rio de Janeiro, Brasil. *Cien Saude Colet* 2019; 24(12):4555-4568.
21. Brasil. Decreto nº 9.723, de 11 de março de 2019. Altera o Decreto nº 9.094, de 17 de julho de 2017, o Decreto nº 8.936, de 19 de dezembro de 2016, e o Decreto nº 9.492, de 5 setembro de 2018, para instituir o Cadastro de Pessoas Físicas - CPF como instrumento suficiente e substitutivo da apresentação de outros documentos do cidadão no exercício de obrigações e direitos ou na obtenção de benefícios e regulamentar dispositivos da Lei nº 13.460, de 26 de junho de 2017. *Diário Oficial da União*; 2019.
22. Brasil. Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. *Diário Oficial da União*; 1998.
23. Torres DR, Lopes MGM. Saúde bucal no pré-natal: Integralidade sem restrições. In: Dias PRV, Rendeiro MMP, Costa MH, organizadores. *Intervenções possíveis no território: práticas em saúde da família no SUS*. Rio de Janeiro: Editora UERJ; 2015. p. 167-179.
24. Champagne F, Brousselle A, Hartz Z, Contandriopoulos A-P. Modelizar as Intervenções. In: Brousselle A, Champagne F, Contandriopoulos A-P, organizadores. *Avaliação: Conceitos e Métodos*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2011.
25. Cardoso GCP, Oliveira EA, Casanova AO, Toledo PPS, Santos EM. Participação dos atores na avaliação do Projeto QualiSUS-Rede: reflexões sobre uma experiência de abordagem colaborativa. *Saude Debate* 2019; 43(120):54-68.
26. Sawaya MR. *Dicionário de Informática e Internet*. São Paulo: Nobel; 1999.
27. Brum TC. *Oportunidades da Aplicação de Ferramentas de gestão na Avaliação de Políticas Públicas: O Caso da Política Nacional de resíduos Sólidos para a Construção Civil* [monografia]. Juiz de Fora: Universidade Federal de Juiz de Fora; 2013.
28. Rolim EC. Uso de ferramentas de gestão clínica e de segurança do paciente em uma unidade básica de saúde no distrito federal. *CCS* 2018; 29(1):79-83.

Artigo apresentado em 23/10/2020

Aprovado em 22/02/2021

Versão final apresentada em 24/02/2021

Editores-chefes: Maria Cecília de Souza Minayo, Romeu Gomes, Antônio Augusto Moura da Silva

REVISÃO

**INSTRUMENTOS PARA AVALIAÇÃO DE PACIENTES
HOSPITALIZADOS EM CUIDADOS PALIATIVOS:
REVISÃO INTEGRATIVA*****INSTRUMENTS FOR THE ASSESSMENT OF HOSPITALIZED PATIENTS
IN PALLIATIVE CARE: INTEGRATIVE REVIEW*****HIGHLIGHTS**

1. Identificou-se 16 instrumentos para pessoas em cuidados paliativos.
2. Avaliam funcionalidade, sintomas físicos, psicológicos e idade avançada.
3. A *Palliative Performance Scale (PPS)* foi a mais utilizada.
4. Esses instrumentos auxiliam no planejamento do cuidado paliativo.

Tárcilla Pinto Passos Bezerra¹ 
Thaiza Teixeira Xavier Nobre²  
Viviane Peixoto dos Santos Pennafort³
José Ronaldo Vasconcelos da Graça⁴ 
Isabel Pires Barra⁵ 
Gisele de Oliveira Mourão Holanda⁶ 
Ana Elza Oliveira de Mendonça¹ 

ABSTRACT

Objective: to identify the instruments used to assess patients hospitalized in palliative care. **Method:** integrative literature review carried out in January 2024 on the online data platforms: National Library of Medicine and Latin America and the Caribbean Literature on Health Sciences (LILACS) and the virtual library Scientific Electronic Library Online. Twelve scientific articles were analyzed. **Results:** Sixteen instruments were identified, seven of them generic, four specific for people in palliative care, four specific for oncology patients and one for the diagnosis of COVID-19. The Palliative Performance Scale and Edmonton Symptom Assessment were the most used instruments in the studies and the most relevant aspects to be evaluated in patients receiving palliative care were functional capacity, physical and psychological symptoms and old age. **Conclusion:** The instruments were useful as they guided health professionals, assessed patients, and planned care and decision-making.

KEYWORDS: Palliative care; Health assessment; Patient care; Quality of Health Care; Death.

COMO REFERENCIAR ESTE ARTIGO:

Bezerra TPP, Nobre TTX, Pennafort VP dos S, Graça JRV da, Barra IP, Holanda G de OM, et al. Instruments for the assessment of hospitalized patients in palliative care: integrative review. *Cogitare Enferm.* [Internet]. 2024 [cited "insert year, month and day"]; 29. Available from: <https://doi.org/10.1590/ce.v29i0.95031>.

¹Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Programa de Mestrado Profissional Gestão da Qualidade em Serviços de Saúde, Natal, RN, Brasil.

²Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Campus Faculdade de Ciências da Saúde do Trairi, Santa Cruz, RN, Brasil.

³Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Programa de Pós-graduação Gestão da Qualidade em Serviços de Saúde, Natal, RN, Brasil.

⁴Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Medicina, Sobral, CE, Brasil.

⁵Universidade Federal do Oeste do Pará, Programa de Residência Multiprofissional em Estratégia de Saúde da Família, Santarém PA, Brasil.

⁶Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Departamento de Enfermagem, Natal, RN, Brasil.

INTRODUÇÃO

Os Cuidados Paliativos (CP) são definidos pela Organização Mundial de Saúde (OMS), como uma abordagem que melhora a qualidade de vida dos pacientes e de seus familiares, que enfrentam os problemas associados às doenças potencialmente fatais. O CP objetiva prevenir e aliviar o sofrimento, com enfoque no controle da dor e em outros sintomas de natureza física, psicossocial e espiritual¹⁻².

De acordo com a OMS, em 2019, sete das 10 principais causas de morte eram Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT). Isso está diretamente relacionado ao aumento da longevidade humana, que traz consigo progressão de doenças crônicas, que, ao chegarem em estágios avançados, com o comprometimento da funcionalidade e da qualidade de vida dos pacientes, demandam cuidados especializados e individualizados².

Os CPs têm como propósito, o alívio do sofrimento em todas as fases da doença, e não se limitam, apenas, aos cuidados de fim de vida, podem ser fornecidos juntamente com tratamentos curativos ou de prolongamento da vida. Os CPs proporcionam, qualidade de vida e respeito à dignidade ao ser humano até os últimos momentos de sua existência³.

A maioria dos adultos que necessitam de CP padece de alguma doença crônica, como as doenças cardiovasculares (38,5%), câncer (34%), Doenças Respiratórias Crônicas (10,3%), Síndrome da Imunodeficiência Humana (AIDS) (5,7%) e *Diabetes Mellitus* (4,6%). Muitas outras condições podem exigir CP, como: a insuficiência renal, doença hepática crônica, esclerose múltipla, Doença de Parkinson, artrite reumatoide, doenças neurológicas, demência, defeitos congênitos e tuberculose resistente a drogas².

A assistência em CP, conforme preconizado na própria definição, deve ser exercida de forma integrada por diversas categorias profissionais, e em diferentes níveis de atenção. O grupo dos pacientes com mais de 65 anos é responsável pela maior taxa de utilização de serviços de emergência quando comparado a outras faixas etárias. Entretanto, apenas uma minoria dos pacientes com doenças crônicas avançadas e doenças ameaçadoras à vida tem conhecimento bem estabelecido sobre o CP, devido à dificuldade de acesso aos serviços de atenção básica e à escassez de equipes multidisciplinares preparadas para os CPs⁴.

A atuação da pesquisadora enquanto médica paliativista essencialmente em ambiente hospitalar, como também, a observação de lacunas no processo de avaliação e indicação dessa modalidade de tratamento, motivou o desenvolvimento desta pesquisa. Na qual objetivou-se identificar os instrumentos utilizados para a avaliação do paciente hospitalizado em cuidados paliativos.

MÉTODO

Trata-se de um estudo de revisão integrativa da literatura, realizado em janeiro de 2024. A revisão integrativa promove a investigação focada em uma questão bem definida, que visa identificar, selecionar, avaliar e sintetizar as evidências relevantes disponíveis. Para a sua realização, seguiram-se as etapas: elaboração da pergunta norteadora; estabelecimento dos objetivos e dos critérios de seleção dos artigos; definição das informações a serem extraídas; seleção dos artigos; análise dos resultados; discussão dos achados⁵.

A elaboração do delineamento da pesquisa foi realizada por meio do mnemônico PCC, que se refere a *Participants, Concept e Context* (PCC), em que P (Participantes) – Pessoas que necessitam de CP; C (Conceito) – Avaliação clínica; C (Contexto) – Ambiente hospitalar. Desse modo, a questão norteadora desta pesquisa foi: Quais são

os instrumentos são utilizados para a avaliação do paciente que necessita de cuidados paliativos em ambiente hospitalar?

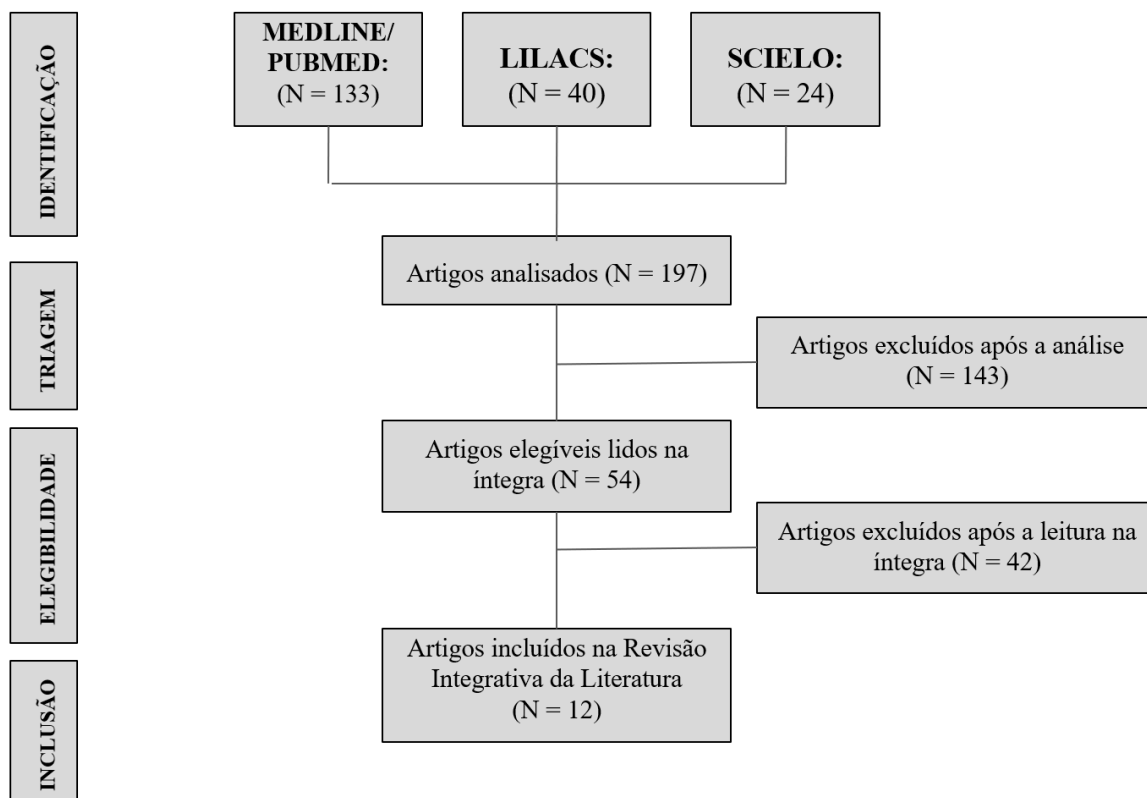
Os estudos primários foram recrutados nas plataformas de base de dados on-line: *National Library of Medicine*, Literatura Latino-Americana e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (LILACS) e a biblioteca virtual *Scientific Electronic Library Online* (SciELO). Para o levantamento das publicações, foram utilizados os descritores cadastrados nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), em português, inglês e espanhol, os cruzamentos foram feitos por meio do moderador booleano "AND" entre os descritores, utilizando o formulário para a busca avançada: "Cuidados paliativos", "Palliative care", "Cuidados Paliativos" AND "Assistência ao paciente", "Patient care", "Atención al Paciente" AND "Avaliação em saúde", "Health Evaluation", "Evaluación en Salud".

Para refinar as buscas, foram estabelecidos os seguintes critérios de inclusão: artigos originais, disponíveis no formato texto completo e de acesso gratuito, nos idiomas inglês, português e espanhol, publicados a partir de 2017. Foram excluídos os artigos que não elucidavam à questão de pesquisa.

Ao aplicar a estratégia de busca foram recuperados 197 estudos nas plataformas, sendo 133 advindos do PubMed, 40 da LILACS e 24 da SciELO.

Após a leitura dos títulos e resumos 143 artigos foram excluídos, por estarem duplicados em mais de uma fonte de dados (28), e não estarem em consonância com a temática abordada e/ou não utilizar os instrumentos para a avaliação dos pacientes em CP (115). Assim, 54 artigos foram considerados elegíveis para a leitura minuciosa do texto na íntegra, dos quais 42 foram excluídos por não contribuir para elucidar a questão de pesquisa, 12 artigos foram selecionados para compor a amostra da revisão integrativa de literatura. O organograma (Figura 1) esboça as diversas etapas realizadas.

Figura 1 - Organograma das etapas realizadas na Revisão Integrativa. Natal (RN), Brasil, 2024.

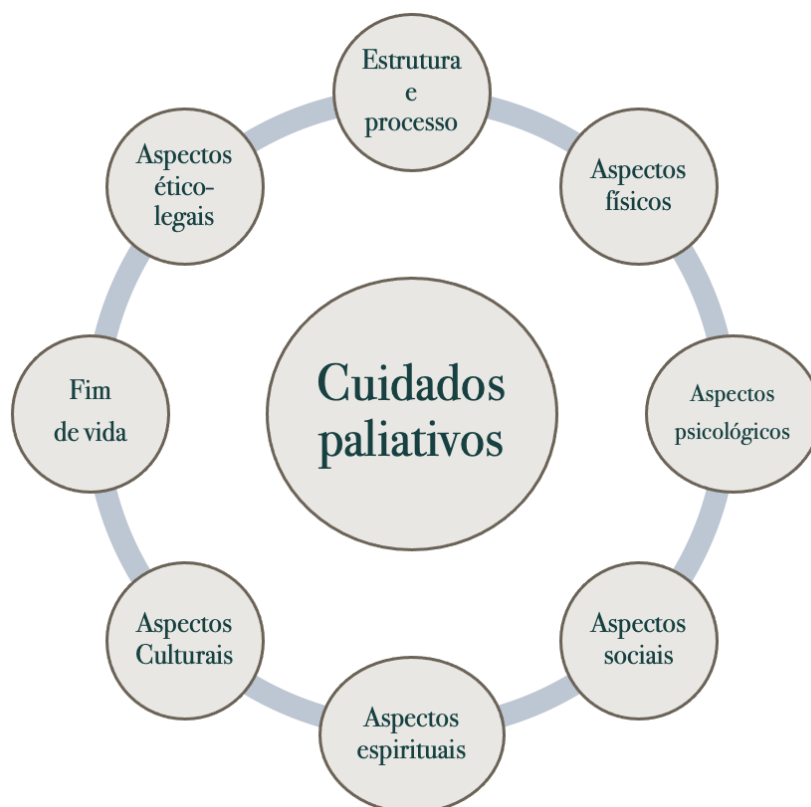


Fonte: Aslakson (2017)⁷.

Para classificar o nível de evidência dos artigos selecionados, foram utilizadas as recomendações⁶, para a classificação em níveis de evidência científica: I - Evidências advindas de metanálise ou ensaios randomizados; II - Revisões sistemáticas, descritivos ou qualitativos; III - Evidências oriundas de ensaios clínicos; IV - Estudos de coorte; V - Estudo de caso controle; VI - Evidência de um único estudo descritivo/qualitativo, o Estudo Metodológico; VII - Opinião ou relato de um estudioso da área em questão.

Além disso, foi usado o documento *Assessment Tools for Palliative Care*⁷, cuja elaboração foi organizada pela Johns Hopkins University, a fim de identificar os domínios abordados e os critérios clínicos dos pacientes em CP prevalentes nos trabalhos incluídos na revisão (Figura 2).

Figura 2 - Domínios encontrados no relatório *Assessment Tools for Palliative Care*. Natal (RN), Brasil, 2024.



Fonte: Aslakson (2017)⁷.

RESULTADOS

A amostra analisada neste estudo, constou de 12 artigos. Os quais foram categorizados segundo as variáveis: número do artigo, nível de evidência, autores, título, periódico e ano de publicação (Quadro 1).

Quadro 1 - Distribuição dos artigos selecionados segundo nível de evidência, autores, título, periódico e ano de publicação. Natal (RN), Brasil, 2024.

n.	AUTORES	TÍTULO	PERIÓDICO/ ANO DE PUBLICAÇÃO	NÍVEL DE EVIDÊNCIA
1	Sanvezzo VMS, Montandon DS, Esteves LSF. ⁸	<i>Instruments for the functional assessment of elderly persons in palliative care: an integrative review.</i>	Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia / 2018	II
2	Cabianca CAM, Meneguetti GG, Bernardi ICP, Gurgel SJT. ⁹	Comparação entre Escala de Performance de Karnofsky e Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton como determinantes na assistência paliativa.	Revista Sociedade Brasileira de Clínica Médica / 2017	IV
3	Castôr KS, Moura ECR, Pereira EC, Alves DC, Ribeiro TS, Leal PCKS. ¹⁰	<i>Palliative care: epidemiological profile with a biopsychosocial look on oncological patients.</i>	Brazilian Journal of Pain / 2019	IV
4	Allgar VL, Chen H, Richfield MB, Currow D, Jonhson MJ Allgar VL. ¹¹	<i>Psychometric Properties of the Needs Assessment Tool Progressive Disease Cancer in U.K. Primary Care.</i>	Journal of Pain and Symptom Management / 2018	-
5	Idrobo MF, Muñoz PO, Vargsd-Escobar LM, Buenhombre MCR. ¹²	<i>Necesidades de cuidado paliativo del paciente con falla cardiaca: un estudio mixto.</i>	Revista Cuidart / 2023	II
6	Yang GM, Pang GSY, Lee GL, Neo PSH, Wong YY, Qu DL. et al. ¹³	<i>Validation of the Comprehensive Needs Assessment Tool in Patients with Advanced Cancer.</i>	Indian Journal of Palliative Care / 2019	IV
7	Cheng L, DeJesus AY, Rodriguez MA. ¹⁴	<i>Using Laboratory Test Results at Hospital Admission to Predict Short-term Survival in Critically Ill Patients with Metastatic or Advanced Cancer.</i>	Journal of Pain and Symptom Management / 2017	IV
8	Conen K. ¹⁵	<i>Symptom trajectories of non-cancer patients in the last six months of life: Identifying needs in a population-based home care cohort.</i>	Journal Pone / 2021	IV
9	Milani L.; Silva MM. ¹⁶	A enfermagem e os cuidados paliativos na atenção primária à saúde.	Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online / 2021	II
10	Clara MGS, Silva VR, Alves R, Coelho MCR. ¹⁷	<i>The Palliative Care Screening Tool as an instrument for recommending palliative care for older adults.</i>	Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia / 2019	IV
11	Fusi-Schmidhauser T. et al. ¹⁸	<i>Conservative Management of COVID-19 Patients-Emergency Palliative Care in Action.</i>	Journal of Pain and Symptom Management / 2020	VI
12	Alba JAL; García DMJ; Gamba NCR. ²⁰	Validade de conteúdo do NECPAL CCOMS-ICO® em espanhol para identificar necessidades paliativas em crianças e adolescentes com câncer.	Investigación y Educación en Enfermería / 2022	IV

Fonte: Elaborado pelos autores (2024).

Após a análise dos artigos selecionados, identificaram-se diversas abordagens metodológicas usadas pelos autores, como: estudos coorte retrospectivo; coorte transversal, dentre estes, um dos quais usou mais de uma abordagem metodológica (descritivo, analítico, retrospectivo, documental com abordagem quantitativa), e outro com metodologia mista (aplicação de escalas na fase quantitativa e grupos focais na fase qualitativa); estudos com abordagem longitudinal, prospectivo, observacional e quantitativo; e estudos de revisão integrativa. Identificou-se também, estudos de validação e desenvolvimento de novas ferramentas de avaliação. Quanto ao local onde os estudos foram realizados, destacam-se: cinco estudos que foram realizados no Brasil, dois na Colômbia, um no Reino Unido, um na Suíça, um na Coreia do Sul, um nos Estados Unidos e um no Canadá.

Foram identificados 16 instrumentos que auxiliam os profissionais de saúde na realização da avaliação do paciente, sendo sete genéricos, quatro específicos para a avaliação em CP, quatro específicos para os pacientes oncológicos e um para pacientes com diagnóstico de COVID-19, conforme disposto na tabela 1.

Tabela 1 - Distribuição dos instrumentos utilizados nos estudos analisados. Natal (RN), Brasil, 2022.

INSTRUMENTO	SIGLA	ESTUDO	n	%
Edmonton Symptom Assessment	ESAS	5, 6, 1, 2, 7	5	20,86
Palliative Performance Scale	PPS	6, 3, 1	3	12,56
Palliative Care Screening Tool	PCST	5, 11	2	8,33
Karnofsky Performance Scale	KPS	5, 6	2	8,33
Brief Pain Inventory	BPI	5	1	4,16
The Rotterdam Symptom Checklist	RSCL	5	1	4,16
Palliative Care Outcome Scale	POS	5	1	4,16
Resident Assessment Instrument for Home Care	RAI-HC	12	1	4,16
3D-Ticino 2019-nCov Score	-	9	1	4,16
The 59-item Comprehensive Needs Assessment Tool in Cancer	CNAT	8	1	4,16
The Needs Assessment Tool Progressive Disease – Cancer	NAT: PD – C	10	1	4,16
Rapid Disability Rating Scale	RDRS	3	1	4,16
World Health Organization Quality of Life	WHOQOL	3	1	4,16
Índice de Lawton & Brody	-	3	1	4,16
Índice de comorbidade de Elixhauser	-	4	1	4,16
Functional Assessment of Chronic Illness Therapy - Spiritual Well-Being	FACIT-Sp-12	2	1	4,16
Total			24	100,0

Fonte: Elaborado pelos autores (2024).

DISCUSSÃO

Com o envelhecimento populacional, o CP torna-se importante, pois o mesmo proporciona melhoria nos sintomas e na qualidade de vida das pessoas que se aproximam do final de suas vidas⁸. Assim, a utilização de ferramentas de avaliação clínica de pessoas que necessitam de CP é de grande importância, pois permite identificar o momento adequado

para se iniciar a terapia paliativa e, além disso, possibilita acompanhar a progressão das doenças crônicas evolutivas.

Diante disso, conhecer o perfil dos pacientes em CP possibilita aos profissionais de saúde planejar e desenvolver novas ferramentas de avaliação e estratégias de implementação e assistência ao cuidado, de forma direcionada, proporcionando qualidade de vida ao paciente e aos seus familiares⁹⁻¹⁰.

A identificação dos pacientes com necessidade de CP e a integração precoce deste cuidado têm o potencial para melhorar a qualidade de vida do paciente e da família, e pode resultar em aumento da satisfação com os menores custos e a redução do uso dos equipamentos hospitalares nos pacientes em fim de vida. Para tanto, é recomendada a realização de uma avaliação para as necessidades paliativas, sendo de grande auxílio o uso de algumas ferramentas, como as escalas de funcionalidade e outras que indicam as condições clínicas.

Cada doença tem uma trajetória típica, a história natural. Assim, conhecer a trajetória das doenças, e identificar em que momento dessa trajetória os pacientes estão, auxilia os profissionais de saúde no planejamento de cuidados que integrem o tratamento modificador da doença à abordagem de CP. Um dos principais marcadores utilizados para a definição da trajetória de cada doença crônica é a funcionalidade. A avaliação da presença e da intensidade de sintomas também é de grande utilidade em CP, sendo a escala de avaliação de sintomas de Edmonton (ESAS) a mais utilizada para este fim.

Dentre as escalas mais utilizadas, destacaram-se também a *Palliative Performance Scale* (PPS), a *Palliative Care Screening Tool* (PCST) e o *Karnofsky Performance Status* (KPS), que são escalas de rápida e fácil aplicação, amplamente utilizadas em CP¹¹.

Castôr et al.¹⁰ identificaram o perfil epidemiológico de 100 pacientes oncológicos em CP atendidos em um hospital. Os autores identificaram que a faixa etária mais frequente foi de 51 e 60 anos (34%), sexo feminino (77%), etnia parda (51%), parceiro fixo (67%), religião evangélica (62%), nível escolar – Ensino Fundamental incompleto (40%), residente no interior (73%), não exerce atividade laboral (92%) e possui cuidador (94%).

Além disso, a avaliação da capacidade física do paciente com o número de sintomas apresentados revelou o melhor momento para iniciar a intervenção paliativa. Foi o que mostraram os estudos⁹⁻¹⁰, ao utilizarem a *Palliative Performance Scale* (PPS), que é uma escala que avalia a gravidade da doença e a capacidade de autocuidado e *Edmonton Symptom Assessment* (ESAS), que é um instrumento usado para avaliar e monitorar os sintomas físicos e psicológicos. Esses instrumentos avaliam o desempenho dos pacientes por meio da capacidade física e da autossuficiência; e a presença e intensidade de diversos sintomas, como: dor, depressão, ansiedade e outros, respectivamente.

O resultado obtido pelos autores na PPS no estudo de Castôr et al.¹⁰ mostrou que 62% dos pacientes estão entre 80% e 90%, desses, 34% apresentaram PPS de 80%, que significa: deambulação completa, atividade com esforço, apresenta alguma evidência da doença, realiza autocuidado completo, ingesta normal e nível de consciência preservado. Já na ESAS, as variáveis mais significantes foram: cansaço (60%); tristeza (84%); ansiedade (73%); falta de apetite (51%) e ausência de bem-estar (79%).

Cabianca et al.⁹ identificaram que, quanto maior o grau de independência do paciente, maior a quantidade de sintomas e mais expressivas as queixas dos indivíduos que se enquadraram nos critérios para os CP. Ressalta-se, pelos autores, que a doença cardiovascular esteve presente em 100% dos pacientes avaliados.

Evidencia-se que a perda ou diminuição da capacidade funcional na pessoa idosa faz parte do processo de envelhecimento e está associada às doenças crônicas. Para a

avaliação da funcionalidade de pessoas idosas em CP, um estudo mostrou quais os instrumentos podem ser utilizados para essa avaliação. O estudo identificou as escalas que avaliam a funcionalidade e a performance física dos pacientes em CP e escalas que avaliam a qualidade de vida, e em seus domínios possuem índices que avaliam funcionalidade⁸.

A idade, a fisiopatologia, as comorbidades e o estado nutricional influenciam a vivência dos sintomas. Idrobo *et al.*¹² identificaram as necessidades de cuidado paliativos de pessoas com insuficiência cardíaca com a aplicação da escala ESAS, as necessidades fisiológicas mais comuns foram: edema, fadiga e dispneia. Ao utilizarem a escala *Functional Assessment of Chronic Illness Therapy - Spiritual Well-Being* (FACIT-Sp) observaram que 93% dos pacientes sentiam falta de energia o que indica uma alta frequência de sintomas na frequência cardíaca.

Quanto à avaliação da capacidade funcional de pessoas idosas em CP, um estudo evidenciou as seguintes ferramentas: a *Palliative Performance Scale* (PPS), que consiste em uma escala unidimensional e incluem as dimensões de mobilidade, atividade, evidência de doença, autocuidado, níveis de ingesta e nível de consciência; O índice de Lawton & Brody e a *Rapid Disability Rating Scale* (RDRS), avaliam as Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD) como: utilizar telefone, realizar compras, preparar refeições e outras⁸.

Para a avaliação da capacidade funcional, Castôr *et al.*¹⁰, utilizaram o *Karnofsky Performance Scale* (KPS), que descreve os níveis crescentes de atividade e independência, e identificou que 52% têm índice de *Karnofsky* entre 70% e 90%, dos quais 31% tem *Karnofsky* de 90%, o que significa que esses pacientes possuem capacidade de realizar atividades normais, com sinais e sintomas mínimos da doença. Os autores observaram que, apesar de mais da metade da população possuir resultados positivos no índice de *Karnofsky* e na escala PPS, quase a totalidade dos pacientes não realizavam atividade física, mesmo estando aptos. Sabe-se, que a realização de atividade física melhora a qualidade de vida do paciente oncológico em CP.

O mesmo estudo identificou que 87% dos pacientes não conheciam o diagnóstico paliativo. Já em relação ao uso de medicamentos para dor, 52% referiam não esquecer; 57% referiam que não paravam de tomar o fármaco para dor quando se sentiam melhor; 56% referiram tomar por conta própria e, 78% não colocavam o despertador para alertar o horário dos fármacos. Os autores identificaram ainda que, a falta de conhecimento dos pacientes em relação aos CP, a escolaridade, a procedência e o uso irregular de fármacos para o controle da dor, foram fatores que influenciavam diretamente na implementação dos CPs¹⁰.

Outra ferramenta de avaliação para as pessoas em CP: *The Needs Assessment Tool: Progressive Disease – Cancer* (NAT:PD-C) foi desenvolvida para a avaliação multiprofissional das necessidades de CP de pacientes com câncer e cuidadores. Este instrumento foi revisado e validado para o contexto social e cultural do Reino Unido. Os aspectos elencados no instrumento (NAT:PD-C), para a avaliação clínica desses pacientes são: bem-estar do paciente (avaliação de sintomas físicos, psicológicos, questões espirituais, preocupações, recursos financeiros e atividade de vida diária); necessidade de um cuidador; bem-estar do cuidador/família¹¹.

Já o estudo realizado em Cingapura em pacientes com câncer avançado, validou uma ferramenta de avaliação da versão em inglês do *The 59-item Comprehensive Needs Assessment Tool in Cancer* (CNAT), que avalia sete fatores: (1) informação e educação, (2) problemas psicológicos, (3) equipe de saúde, (4) sintomas físicos, (5) instalações e serviços hospitalares, (6) apoio social e religioso/espiritual e (7) apoio prático. Os fatores com escores mais altos foram: o fator (6) apoio social e religioso/espiritual e (3) equipe de saúde. Os escores mais altos indicam níveis mais altos de necessidades não atendidas¹³.

Pode-se afirmar que ao estimar com precisão a expectativa de vida de pacientes críticos com câncer metastático ou avançado é importante para determinar as opções

de tratamento dos pacientes e para planejar o CP e de suporte. Outro estudo, também realizado em pacientes com câncer metastático ou avançado, avaliou os resultados de exames laboratoriais comumente disponíveis, realizados nos primeiros dois dias de internação hospitalar, para determinar os prognósticos a curto prazo dos pacientes com câncer criticamente doentes¹⁴.

Para essa avaliação, foram determinados os fatores preditores multivariáveis de risco de morte dentro de 14 dias após a admissão hospitalar. Os autores selecionaram os seguintes fatores: os exames laboratoriais que eram realizados rotineiramente, como: creatinina sérica, nitrogênio ureico no sangue (BUN), albumina sérica total, lactato desidrogenase sérica (LDH), hematócrito, contagem de glóbulos brancos (WBC) e contagem de plaquetas. Além dos resultados dos exames mencionados, usou-se as seguintes variáveis independentes como fatores preditivos: idade e comorbidade de *Elixhauser*¹⁴.

O CP é uma abordagem que melhora a experiência do paciente diante da morte, proporcionando-o bem-estar, controle de sintomas, qualidade de vida e satisfação com o cuidado recebido. A necessidade de CP não se restringe apenas ao paciente com câncer avançado. Pacientes com diagnósticos de doença pulmonar obstrutiva crônica e insuficiência cardíaca congestiva, também podem necessitar de cuidados semelhantes no final da vida. Contudo, muitas pessoas com perfil ao tratamento paliativo recebem, uma assistência hospitalar insuficiente, devido às muitas dificuldades para a implementação dos CPs nos serviços de saúde¹⁵⁻¹⁶.

No que se refere ao risco de morte de pacientes hospitalizados, Cheng *et al.*¹⁴ mostraram que o risco de morte dentro de 14 dias após a admissão hospitalar cresceu significativamente com o aumento da idade (65 anos ou mais), níveis de LDH e contagem de leucócitos, e com a diminuição dos níveis de albumina e contagem de plaquetas. Quase metade (45%) dos pacientes morreram dentro de 14 dias após a admissão. Já os níveis de BUN, creatinina e hematócrito e os valores do índice de comorbidade de *Elixhauser* não foram associados ao risco de morte dentro de 14 dias após a admissão hospitalar.

Com o objetivo de descrever os sintomas apresentados pelos pacientes não cancerosos nos últimos seis meses de vida, os pesquisadores utilizaram o instrumento *Resident Assessment Instrument for Home Care* (RAI-HC) para a avaliação. Os pacientes do estudo foram agrupados em quatro categorias: cardiovascular, neurológica, respiratória e doença renal. O RAI-HC, é composto de itens que avaliam o estado funcional do paciente, o bem-estar psicossocial, a saúde física e as necessidades de cuidados. Os sintomas apresentados pelos pacientes nos últimos seis meses de vida, de acordo com o grupo foram: dor moderada a intensa nos pacientes com problemas cardiovasculares (57,2%), neurológicos (42,7%), renais (61,0%) e respiratórios (58,3%). Contudo, os pacientes com doença renal apresentaram chances maiores de relatar dor moderada a grave, já as pacientes do sexo feminino apresentaram chances significativamente maiores de relatar dor descontrolada¹⁵.

No que diz respeito à falta de ar, foi relatada em 70% a 85% dos pacientes agrupados na categoria respiratória. Os pacientes com doença neurológica, em comparação com aqueles sem, são 9,65 vezes mais propensos a experimentar um desempenho cognitivo prejudicado e têm 56% mais chances de sofrimento do cuidador. Houve também, aumento de sintomas a cada semana nos últimos seis meses de vida, em todos os grupos de doenças não cancerígenas, como: dor moderada a severa descontrolada, comprometimento cognitivo leve a grave e sofrimento do cuidador. A dor moderada a grave foi o sintoma relatado em mais da metade da amostra. Além disso, houve a prevalência de falta de ar em todos os quatro grupos da doença nos últimos seis meses de vida. Dentre os fatores associados com o desfecho falta de ar nos últimos seis meses de vida, destacaram-se possuir idade mais avançada e ter declínio do desempenho cognitivo¹⁵.

Em relação aos instrumentos que mensuram a qualidade de vida, identificaram-se o *World Health Organization Quality of Life (WHOQOL)* e o *WHOQOL-old*, modificado para a pessoa idosa, o qual avalia a qualidade de vida por meio de seis domínios: avaliação de funcionamento sensorial, autonomia, atividades presentes, passadas e futuras, participação social, morte e morrer e intimidade⁸.

Na pessoa em CP a autonomia e a funcionalidade estão presentes como pontos significativos para o bem-estar. Um estudo demonstrou ser praticamente impossível desassociar a funcionalidade física de aspectos sociais e psicológicos. Com esse entendimento, os autores afirmaram, que ao avaliar a capacidade funcional, avalia-se também a qualidade de vida⁸.

No Brasil, a internação de idosos em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) corresponde a 52% em serviços públicos. Diante desse número, é importante avaliar se todos esses pacientes necessitam de internação em UTI, e se possuem doenças crônicas graves, visto que poderiam ter melhora da qualidade de vida, do ponto de vista paliativista¹⁷.

Dentre os instrumentos utilizados identificou-se a escala *Palliative Care Screening Tool* (PCST), utilizada na indicação de CP em idosos internados em UTI. Essa escala avalia quatro critérios: doença de base, doenças associadas, condição funcional do paciente e condições pessoais do paciente. Quando o score obtido com o somatório dos quatro critérios é maior ou igual a quatro pontos, considera-se ter condições para o CP¹⁷.

Clara et al.¹⁷, analisaram 594 prontuários e identificaram que as causas das internações entre os idosos foram as doenças cardiovasculares (26,8%), as neoplasias (20,2%) e a insuficiência renal (16,8%). A aplicação da escala PCST revelou que do total de prontuários analisados, 218 tinham score maior ou igual a quatro, ou seja, com condições para a palição, no entanto, 144 não receberam o CP.

No contexto da pandemia da COVID-19, muitos pacientes precisaram de CP devido à grande carga de sintomas, ao potencial rápido de deterioração e à necessidade de comunicação clara e aberta com os pacientes e seus familiares. Assim, Fusi-Schmidhauser et al.¹⁸, desenvolveram um instrumento de avaliação específica para os pacientes com COVID-19, o 3D-Ticino 2019-nCov Score. O qual objetiva auxiliar e orientar a gestão dos CPs de acordo com o estágio da doença do paciente, de acordo com os principais sintomas observados, a saber, dispneia, angústia e desconforto (dor). Outros aspectos avaliados são as áreas de pressão e a necessidade de utilização de dispositivos de alívio.

A implementação de CP não só exige a execução de técnicas, cuidado humanizado e integral, mas um cuidado partilhado com a equipe multiprofissional, propiciando melhora na qualidade de vida do paciente e de seus familiares. Para isso, é importante a utilização de instrumentos validados, que favoreçam a avaliação adequada de sinais e sintomas, para se evitar superestimar os sintomas apresentados pelos pacientes¹⁶.

De acordo com o estudo de Milani e Silva¹⁶, a *Palliative Care Screening Tool* (PCST), mostrou-se útil para a identificação de pessoas passíveis de CP, pois permitiu a detecção de indivíduos com boa funcionalidade, mas que apresentaram condições limitantes à vida. Para a avaliação de pessoas em CP, o mesmo estudo destacou os seguintes instrumentos: *Karnofsky Performance Scale* (KPS), que permite a classificação funcional das pessoas; *Edmonton Symptom Assessment System* (ESAS), que avalia nove sintomas (dor, cansaço, náusea, depressão, ansiedade, sonolência, falta de apetite, falta de ar, bem-estar); *Brief Pain Inventory (BPI) short form*, que avalia rapidamente a gravidade da dor e seu impacto no funcionamento do indivíduo.

Ademais, *The Rotterdam Symptom Checklist* (RSCL), que avalia a qualidade de vida de em quatro domínios: distúrbios de sintomas físicos, sofrimento psicológico, nível de atividade e qualidade de vida global e *Palliative Care Outcome Scale* (POS), que avalia a qualidade de vida e engloba os aspectos biopsicossociais, espirituais e práticas¹⁶.

Esses achados denotam a importância de compreender o curso dos sintomas e dos fatores associados ao desenvolvimento de problemas mais complexos, auxilia na identificação precoce dos pacientes que necessitam de CP, quando se considera os benefícios da abordagem multiprofissional no tratamento e no gerenciamento dos sintomas^{11,15,19-20}.

Alba, Garcia e Gamba¹⁹ validaram o conteúdo do instrumento NECPAL CCOMS-ICO® para identificar as necessidades paliativas em crianças e adolescentes colombianos de oito a 17 anos com câncer. Nesse estudo o instrumento ESAS foi considerado válido como componente do NECPAL CCOMS-ICO® devido a persistência e a refratariedade dos sintomas em uma criança com câncer, como: dor, fraqueza, anorexia, dispneia e problemas digestivos. Além disso, a avaliação familiar e social foi aceita pelos especialistas, por compreender que a vulnerabilidade sociofamiliar e o desconforto emocional são fatores determinantes no curso da doença.

Apesar do volume de instrumentos existentes para a avaliação de pessoas com câncer, observou-se que há poucas produções na literatura referentes aos instrumentos que auxiliem o médico a identificar os pacientes com necessidades de CP, revelando-se assim numa limitação deste estudo e uma lacuna para os futuros estudos nessa área.

CONCLUSÃO

A implementação da avaliação deve ser norteada por instrumentos, que podem ser específicos e/ou genéricos, desde que centrada no cuidado ao paciente que necessita de cuidados paliativos em ambiente hospitalar. Os instrumentos mais utilizados para avaliar e monitorar os sintomas físicos de pessoas em cuidados paliativos foram o *Edmonton Symptom Assessment (ESAS)* e o *Palliative Performance Scale (PPS)*.

Os aspectos de avaliação para as pessoas em cuidados paliativos mais utilizados nos estudos foram: capacidade funcional, sintomas físicos e psicológicos, idade avançada. Outros aspectos também mereceram destaque, como as atividades de vida diária, doenças cardiovasculares, aumento de LDH e de leucócitos, diminuição de albumina e plaquetas, aspecto psicossocial e a necessidade de cuidador.

Os instrumentos de avaliação se mostraram úteis para direcionar os profissionais de saúde no planejamento do cuidado e na tomada de decisões. Além disso, proporcionam uma assistência eficaz, efetiva e eficiente.

REFERÊNCIAS

1. Carvalho RT, Souza MRB, Franck EM, Polastrini RTV, Crispim D, Jales SMCP, et al. Cuidados paliativos: conceitos e princípios. Manual da residência de cuidados paliativos: Abordagem multidisciplinar. Barueri: Manole; 2018. 1004 p.
2. Messias AA, Maiello APMV, Coelho FP, D'Alessandro MPS. Manual de cuidados paliativos. [Internet]. Hospital Sírio Libanês; Ministério da Saúde; 2020. 175 p. [cited 2024 Jan 25]. Available from: <https://cuidadospaliativos.org/uploads/2020/12/Manual-Cuidados-Paliativos.pdf>
3. Alves RSF, Cunha ECN, Santos GC, Melo MO. Cuidados paliativos: alternativa para o cuidado essencial no fim da vida. Psicol., ciênc. prof. [Internet]. 2019 [cited 2024 Jan. 30]. Available from: <https://doi.org/10.1590/1982-3703003185734>

4. Turaça K, Ribeiro SCC. Este paciente necessita de cuidado paliativo? In: Velasco IT, Ribeiro SCC. Cuidados paliativos na emergência. Barueri: Manole; 2021. Seção I, p. 3-10.
5. Ramalho Neto JM, Marques DKA, Fernandes MGM, Nóbrega MML. Nursing theories evaluation: integrative review. Rev Bras Enferm. [Internet]. 2016 [cited 2024 Jan. 30]; 69(1). Available from: <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2016690123i>
6. Howick J, Chalmers I, Glasziou P, Greenhalgh T, Heneghan C, Liberati A, et al. The 2011 Oxford CEBM Evidence Levels of Evidence (Introductory Document). Oxford Centre for Evidence-Based Medicine. [Internet]. [cited 2024 Jan. 29]. Available from: <http://www.cebm.net/index.aspx?o=5653>
7. Aslakson R, Sydney M, Wilson RF, Waldfogel JM, Zhang A, Isenberg SR, et al. Assessment tools for palliative care. Technical Brief [Internet]. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; 2017 [cited 2024 Jan. 21]. 145 p. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK447774/>
8. Sanvezzo VMS, Montandon DS, Esteves LSF. Instruments for the functional assessment of elderly persons in palliative care: an integrative review. Rev. Bras. Geriatr. Gerontol. [Internet]. 2018 [cited 2024 Jan. 17]; 21(5). Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-22562018021.180033>
9. Cabianca CAM, Meneguetti GG, Bernardi ICP, Gurgel SJT. Comparação entre Escala de Performance de Karnofsky e Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton como determinantes na assistência paliativa. Rev. Soc. Bras. Clín. Méd. [Internet]. 2017 [cited 2024 Jan. 28]; 15(1). Available from: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-833045>
10. Castôr KS, Moura ECR, Pereira EC, Alves DC, Ribeiro TS, Leal PCKS. Palliative care: epidemiological profile with a biopsychosocial look on oncological patients. BrJP. [Internet]. 2019 [cited 2024 Feb. 10]; 2(1). Available from: <https://doi.org/10.5935/2595-0118.20190010>
11. Allgar VL, Chen H, Richfield MB, Currow D, Johnson MJ. Psychometric properties of the needs assessment tool-progressive disease cancer in U.K. primary care. J Pain Symptom Manage. [Internet]. 2018 [cited 2024 Feb. 17]; 56(4). Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2018.07.002>
12. Idrobo MF, Muñoz PO, Vargsd-Escobar LM, Buenhombre MCR. Necesidades de cuidado paliativo del paciente con falla cardíaca: un estudio mixto. Revista Cuidarte. [Internet]. 2023 [cited 2024 Feb. 20]; 14(1):e2539 Available from: <https://doi.org/10.15649/cuidarte.2539>
13. Yang GM, Pang GSY, Lee GL, Neo PSH, Wong YY, Qu DL, et al. Validation of the comprehensive needs assessment tool in patients with advanced Cancer. Indian J Palliat Care. [Internet]. 2019 [cited 2024 Feb. 11]; 25(3). Available from: https://doi.org/10.4103/ijpc.ijpc_38_19
14. Cheng L, Jesus AY de, Rodriguez MA. Using laboratory test results at hospital admission to predict short-term survival in critically ill patients with metastatic or advanced Cancer. J Pain Symptom Manage. [Internet]. 2017 [cited 2024 Jan. 27]; 53(4). Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2016.11.008>
15. Conen K, Guthrie DM, Stevens T, Winemaker S, Seow H. Symptom trajectories of non-cancer patients in the last six months of life: identifying needs in a population-based home care cohort. PLoS ONE. [Internet]. 2021 [cited 2024 Jan. 17]; 16(6):e0252814. Available from: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0252814>
16. Milani L, Silva MM. Nursing and palliative care in primary health care. R. Fund Care Online. [Internet]. 2021 [cited 2024 Feb. 13]; 13:434-42. Available from: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v13.7485>
17. Clara MGS, Silva VR, Alves R, Coelho MCR. The palliative care screening tool as an instrument for recommending palliative care for older adults. Rev. Bras. Geriatr. Gerontol. [Internet]. 2019 [cited 2024 Jan. 11]; 22(5). Available from: <https://doi.org/10.1590/1981-22562019022.190143>
18. Fusi-schmidhauser T, Preston NJ, Keller N, Gamondi. Conservative management of COVID-19 patients - emergency palliative care in action. J Pain Symptom Manage. [Internet]. 2020 [cited 2024 Feb. 20]; 60(1). Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.03.030>

19. Alba JÁL, García DMJ, Gamba NCR. Content validity of the NECPAL CCOMS-ICO© in Spanish to identify palliative needs in children and adolescents with Cancer. Invest. Educ. Enferm. [Internet]. 2022 [cited 2024 Feb. 25]; 40(1):e06. Available from: <https://doi.org/10.17533/udea.iee.v40n1e06>
20. Andrade CG, Costa ICP, Batista PSS, Alves AMPM, Costa BHS, Nasif MS, et al. Palliative care and communication: a reflection in the light of the peaceful end of life theory. Cogitare Enferm. [Internet]. 2022 [cited 2023 Jan. 17]; 27:e80917. Available from: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v27i0.80917>

INSTRUMENTOS PARA A AVALIAÇÃO DE PACIENTES HOSPITALIZADOS EM CUIDADOS PALIATIVOS: REVISÃO INTEGRATIVA*

RESUMO:

Objetivo: identificar os instrumentos utilizados para a avaliação do paciente hospitalizado em cuidados paliativos.

Método: revisão integrativa da literatura, realizada em janeiro de 2024, nas plataformas de dados on-line: *National Library of Medicine* e *Literatura Latino-Americana e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde* e a biblioteca virtual *Scientific Electronic Library Online*. Foram analisados 12 artigos científicos. **Resultados:** foram identificados 16 instrumentos, sete genéricos, quatro específicos as para pessoas em cuidados paliativos, quatro específicos para os pacientes oncológicos e um para o diagnóstico de COVID-19. O *Palliative Performance Scale* e *Edmonton Symptom Assessment* foram os instrumentos mais utilizados nos estudos e os aspectos mais relevantes a serem avaliados nos pacientes em cuidados paliativos, foram: capacidade funcional, sintomas físicos e psicológicos e idade avançada.

Conclusão: os instrumentos se mostraram úteis para direcionar os profissionais de saúde, na avaliação do paciente, no planejamento do cuidado e na tomada de decisões.

DESCRIPTORIOS: Cuidados paliativos; Avaliação em saúde; Assistência ao paciente; Qualidade da Assistência à Saúde; Morte.

HERRAMIENTAS PARA EVALUAR A LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS EN CUIDADOS PALIATIVOS: REVISIÓN INTEGRADORA*

RESUMEN:

Objetivo: identificar los instrumentos utilizados para evaluar a los pacientes hospitalizados en cuidados paliativos.

Método: revisión bibliográfica integradora, realizada en enero de 2024 en plataformas de datos en línea: *National Library of Medicine*, *Literatura Latino-Americana y del Caribe de información en Ciencias de la Salud* y *Scientific Electronic Library Online*. Se analizaron doce artículos científicos. **Resultados:** Se identificaron 16 instrumentos, siete genéricos, cuatro específicos para personas en cuidados paliativos, cuatro específicos para pacientes con cáncer y uno para el diagnóstico de covid-19. La *Palliative Performance Scale* y *Edmonton Symptom Assessment* fueron los instrumentos más utilizados en los estudios y los aspectos más relevantes a evaluar en los pacientes de cuidados paliativos fueron: la capacidad funcional, los síntomas físicos y psicológicos y la edad avanzada. **Conclusión:** Los instrumentos resultaron útiles para orientar a los profesionales sanitarios en la evaluación de los pacientes, la planificación de los cuidados y la toma de decisiones.

DESCRIPTORIOS: Cuidados paliativos; Evaluación sanitaria; Atención al paciente; Calidad de la atención sanitaria; Muerte.

*Artigo extraído da dissertação do mestrado: "INSTRUMENTOS PARA AVALIAÇÃO DE PACIENTES HOSPITALIZADOS EM CUIDADOS PALIATIVOS: REVISÃO INTEGRATIVA", Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, RN, Brasil, 2022.

Recebido em: 07/04/2023

Aprovado em: 24/08/2023

Editora associada: Dra. Luciana Nogueira

Autor Correspondente:

Ana Elza Oliveira de Mendonça

Universidade Federal do Rio Grande do Norte

Campus Universitário, Br-101, s/n, Lagoa Nova, CEP 59072

E-mail: anaelzaufn@gmail.com

Contribuição dos autores:

Contribuições substanciais para a concepção ou desenho do estudo; ou a aquisição, análise ou interpretação de dados do estudo -

Bezerra TPP, Holanda G de OM, Mendonça AEO de. Elaboração e revisão crítica do conteúdo intelectual do estudo - **Nobre TTX, Pennafort VP dos S, Graça JRV da, Barra IP, Holanda G de OM.** Responsável por todos os aspectos do estudo, assegurando as questões de precisão ou integridade de qualquer parte do estudo - **Bezerra TPP, Mendonça AEO de.** Todos os autores aprovaram a versão final do texto.

ISSN 2176-9133



Esta obra está licenciada com uma [Licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Exclusão, preconceito e invisibilidade de pessoas em situação de rua refutando o direito à saúde

Exclusion, prejudice and the invisibility of homeless people at odds with the right to health (abstract: p. 19)

Exclusión, prejuicios e invisibilidad de las personas sin hogar que refutan el derecho a la salud (resumen: p. 19)

Lucas Alves Gontijo^(a)

<enf.lucasgontijo@live.com> 

Bruna Moreira da Silva^(b)

<brunnaamoreira@aluno.ufsj.edu.br> 

Selma Maria da Fonseca Viegas^(c)

<selmaviegas@ufsj.edu.br> 

^(a) Pós-graduado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (mestrado), Universidade Federal de São João del-Rei (UFSJ). Campus Centro-Oeste (CCO). Divinópolis, MG, Brasil.

^(b) Graduanda do curso de Enfermagem, UFSJ, CCO. Divinópolis, MG, Brasil.

^(c) Grupo Atuação Docente Enfermagem em Saúde Coletiva, UFSJ, CCO. Rua Sebastião Gonçalves Coelho, 400, sala 206, bloco A, Bairro Chanadour. Divinópolis, MG, Brasil. 35501-296.

Objetivou-se discutir a exclusão, o preconceito e a invisibilidade de pessoas em situação de rua em desacordo ao direito à saúde. Trata-se de um estudo delineado pela Teoria Fundamentada nos Dados e Interacionismo Simbólico, com 36 participantes de municípios da região centro-oeste de Minas Gerais, Brasil, que evidencia a exclusão institucional das pessoas em situação de rua e preconceitos de usuários ao estar com essas pessoas no espaço da unidade de saúde. A falta de planejamento das ações da Atenção Primária inviabiliza o cuidado integral e oportuno e mantém a exclusão. A pesquisa também enfatiza a importância das redes de apoio social na superação das invisibilidades dessas pessoas e maior resolutividade com ações intersetoriais. Considera-se, como resultados deste estudo, que a atenção à saúde das pessoas em situação de rua ocorre mediante um agravamento ou adoecimento, refutando a relevância das ações intersetoriais e comprometendo a garantia de acesso equânime à saúde, sem preconceitos.

Palavras-chave: Pessoas Mal Alojadas. Atenção Primária à Saúde. Direito à saúde.

Introdução

O preconceito, a exclusão e a invisibilidade das pessoas em situação de rua caracterizam o movimento de expulsão gradativa da sociedade, privando-as do convívio social e de acesso aos direitos constitucionais à sobrevivência digna, como trabalho, saúde, educação, alimentação e moradia¹.

A atenção à saúde de pessoas em situação de rua em um ambiente que exclui, segrega e invisibiliza é desafiador². É preciso trabalhar incansavelmente para que essas pessoas sejam reconhecidas e visíveis nos serviços de saúde, considerando suas vulnerabilidades e potencialidades na sociedade³. Viver nas fronteiras do convívio social e criar mecanismos para (sobre)viver tornam essas pessoas privadas das relações sociais e determinadas a vivenciarem condições de precariedade em todos âmbitos. São vistas como empecilhos e subalternos, são desprendidas de sua dignidade própria e das regras que sustentam o convívio social⁴.

Pessoas que vivem esse fenômeno social são frequentemente responsabilizadas pela situação que se encontram – “se perderam”. No entanto, elas não se perderam, elas perderam! Perderam seus direitos, famílias, casas, culturas, memórias, identidades e perspectivas sobre o mundo e sobre si mesmas, resultando na exclusão⁵.

Nas ruas, as pessoas que nela vivem e buscam o sustento carecem de acolhimento, amparo e abrigo. O adoecimento dessas pessoas quase sempre é um desfecho obrigatório em suas vidas, já que a rua é tanto a causa quanto a consequência dos problemas de saúde. A exclusão se intensifica pela falta de acesso a emprego formal, renda, educação e cuidados de saúde⁶.

A exclusão, o preconceito e a invisibilidade são situações causadas pela interação de inúmeros eventos que segregam as pessoas e se manifestam de forma sequencial e interligada. As múltiplas determinações estão associadas à história da pessoa em situação de rua; à ruptura de seus vínculos familiares; ao adoecimento mental; ao consumo de substâncias psicoativas; a experiências de mortes de entes queridos; a roubos e fugas; e à ausência de abrigo, de trabalho e de renda. Para favorecer a inclusão e a superação de atitudes preconceituosas, conhecer a história de cada pessoa é fator determinante para assegurar o direito à saúde⁴. Superar o contexto da exclusão envolve a articulação em rede intra e intersetorial; e a atuação multiprofissional, de modo a favorecer o cuidado integral, além de fortalecer o protagonismo e a autonomia dessas pessoas^{2,7}.

Buscar alternativas para garantir a essas pessoas os direitos fundamentais e a dignidade humana é imprescindível. Enquanto persistir a invisibilidade nos serviços de saúde, essas pessoas estarão fadadas ao abandono, à indiferença e à exclusão⁸.

Destarte, o direito à saúde é uma garantia fundamental e um direito humano⁹, sendo, no cenário brasileiro, universal e público; e reafirmado na Constituição da República Federativa do Brasil de 1988¹⁰ como um direito social sem restrições preconceituosas.

Desse modo, este artigo vem discutir a exclusão, o preconceito e a invisibilidade de pessoas em situação de rua em desacordo ao direito à saúde.

Método

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, delineada pela Teoria Fundamentada nos Dados (TFD)¹¹ e pelo Interacionismo Simbólico (IS)¹², oriunda de uma dissertação de mestrado. A TFD viabiliza descobertas em contexto real e a compreensão de fenômenos perante uma estratégia para análise dos dados em quatro etapas¹¹. O IS possibilita compreender como cada um interpreta os objetos e percebe um ao outro, por meio de suas ações e interações sociais¹².

O estudo foi realizado em dois municípios da macrorregião oeste do estado de Minas Gerais, Brasil, selecionados em virtude do significativo progresso econômico, derivado do notável avanço industrial, contexto que contribui para os fluxos migratórios, culminando em um crescimento populacional exponencial, e que ampliou a propensão à presença de pessoas em situação de rua. Ambos os municípios não possuíam equipes de Consultório na Rua (eCR) na ocasião da coleta de dados. Participaram deste estudo trinta profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS) e da Estratégia Saúde da Família (ESF) e seis da Rede Socioassistencial, atuantes na Casa de Acolhimento e no Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua (Centro POP). As unidades de APS dos municípios foram sorteadas aleatoriamente, com exceção daquelas que se faziam referência para a atenção às pessoas em situação de rua. As entrevistas foram realizadas por dois pesquisadores treinados, após contato prévio com os profissionais da unidade.

O parâmetro para a inclusão do participante da pesquisa foi a experiência mínima de um ano na APS, e o de exclusão foi estar de férias ou afastado de suas atividades laborais. O número de participantes foi determinado pela saturação teórica dos dados¹¹, e a coleta de dados foi encerrada na 36ª entrevista, quando os conceitos/significados foram suficientes para compreensão do objeto deste estudo.

A entrevista ocorreu de forma agendada, presencial e no local de trabalho, em ambiente privado das unidades de APS/ESF ou das instituições da Rede Socioassistencial, de forma a garantir o anonimato do participante e a preservação do sigilo das informações coletadas. O anonimato se deu pelo uso de código alfanumérico (E1, E2, E3...) – “E” de entrevistado – e o número arábico seguiu a sequência na qual as entrevistas ocorreram, no período de janeiro a novembro de 2022. A entrevista partiu de um roteiro semiestruturado com perguntas abertas acerca da Atenção à Saúde de pessoas em situação de rua, de modo a estimular o pensamento do participante e promover sua interação com a temática e vivências, permitindo ao pesquisador abranger a profundidade dos significados oriundos. As entrevistas tiveram duração média de vinte minutos, foram gravadas em meio digital, transcritas na íntegra e validadas pelo participante da pesquisa. Fez-se registro em memorandos como outra fonte de evidência na TFD.

Como parte integrante do processo analítico, procedeu-se a correlação e análise dos dados mediante a utilização do *software* computacional Word®. Destaca-se que a execução da análise de dados foi conduzida de forma colaborativa pelos autores deste artigo, garantindo uma abordagem coletiva e plural na interpretação e discussão dos resultados obtidos.

Os dados foram analisados concomitantemente à entrevista, em conformidade com a primeira etapa das quatro indicadas pela TFD: a) codificação aberta; b) codificação axial; c) codificação seletiva; e d) codificação para o processo. Essa técnica de análise permite ao pesquisador maior flexibilidade na interpretação e significação a partir das realidades encontradas. Na fase de codificação aberta, os dados foram classificados em 35 códigos *in vivo* e cinco propriedades. Na codificação axial, códigos *in vivo* e propriedades foram agrupados em subcategorias e, posteriormente, emergiram cinco categorias: 1) Exclusão, preconceito e invisibilidade de pessoas em situação de rua refutando o direito à saúde; 2) Na Atenção Primária, o encontro com pessoas em situação de rua: como são e por que saíram de casa?; 3) Dificuldades na implementação de estratégias de autocuidado para pessoas em situação de rua; 4) Demanda espontânea, complexidade da atenção e proatividade profissional em municípios sem Consultório na Rua; e 5) Equidade no enfrentamento das iniquidades: acolhimento de pessoas em situação de rua. Essas categorias possibilitaram o desenvolvimento da categoria central – a ser explicitada a seguir – na codificação seletiva, de modo a representar com precisão todos os resultados da pesquisa. A codificação para o processo consistiu em ir e vir nos dados até o momento da construção da categoria central “Atenção às pessoas em situação de rua em municípios sem Consultório na Rua: do acesso ao enfrentamento das iniquidades”. Destarte, os dados foram repetidamente contestados e analisados durante todo processo de análise.

A pesquisa obedeceu aos padrões éticos da Resolução n. 510, de 7 de abril de 2016¹³. O projeto de pesquisa foi aprovado sob o Parecer n. 5.173.172. Após apresentação do objetivo do estudo e preceitos éticos, os participantes aceitaram participar voluntariamente da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O estudo seguiu as diretrizes do Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research (COREQ). Os resultados da pesquisa foram devolvidos aos municípios cenários deste estudo, desempenhando um papel crucial na garantia da utilidade prática e transparência do estudo.

Resultados

A caracterização dos participantes é apresentada na figura 1.

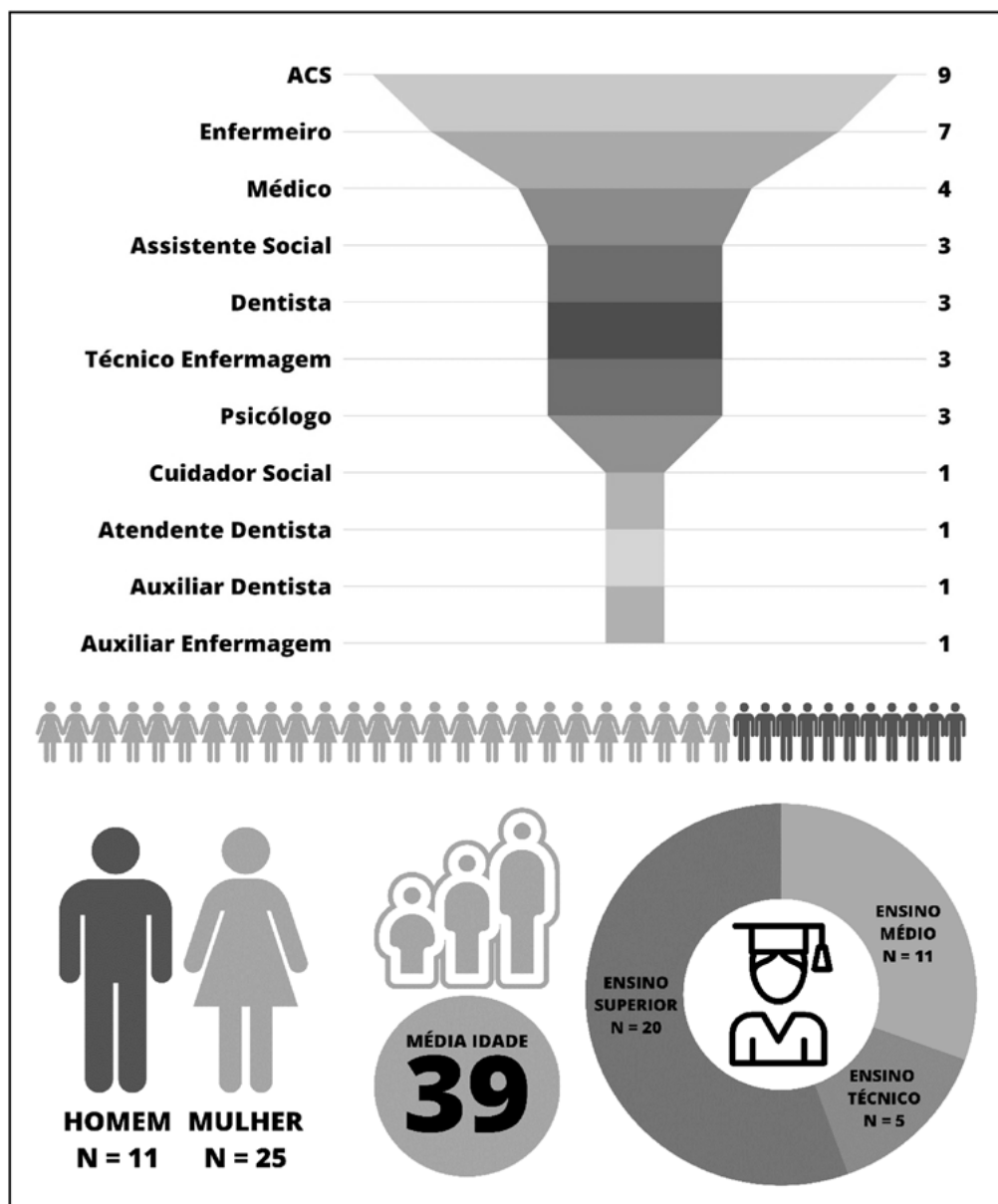


Figura 1. Características dos participantes da pesquisa de dois municípios da região centro-oeste de Minas Gerais, Brasil, 2022.

Fonte: Dados da pesquisa, 2022.

O presente artigo refere-se à categoria “Exclusão, preconceito e invisibilidade de pessoas em situação de rua refutando o direito à saúde”, com duas subcategorias e oito códigos *in vivo*, apresentados na figura 2.

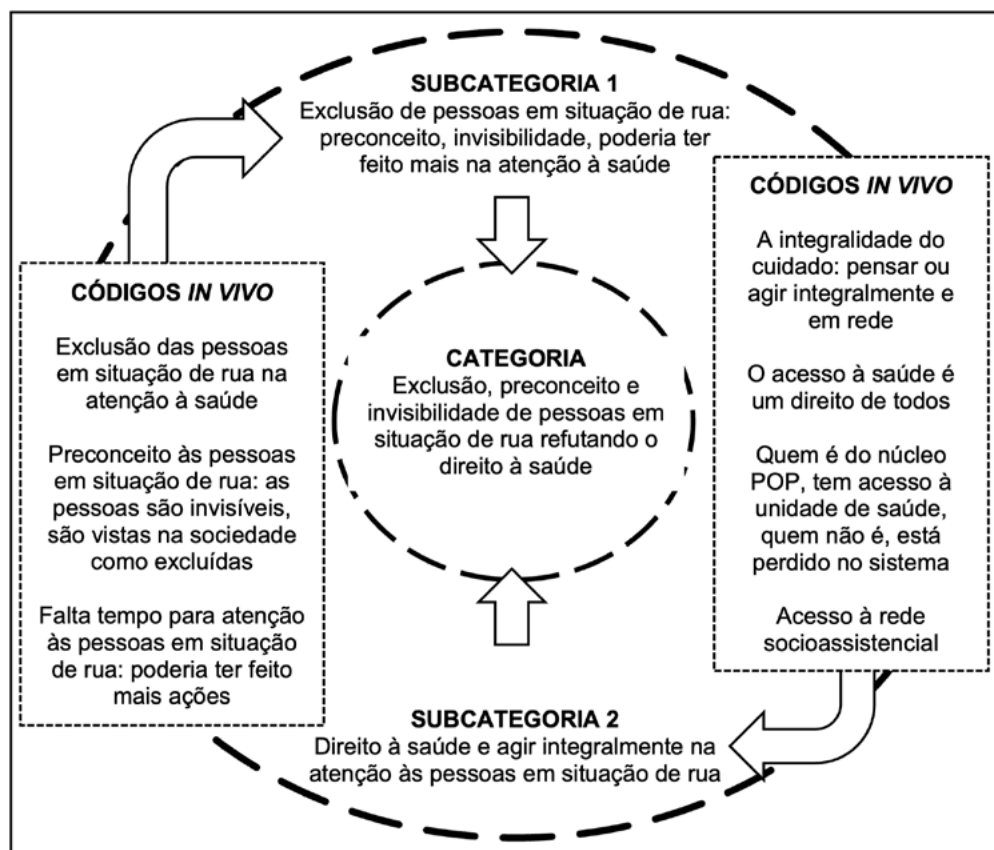


Figura 2. Categoria “Exclusão, preconceito e invisibilidade de pessoas em situação de rua refutando o direito à saúde”, subcategorias e códigos *in vivo* da pesquisa realizada em dois municípios da região centro-oeste de Minas Gerais, Brasil, 2022.

Exclusão de pessoas em situação de rua: preconceito, invisibilidade, poderia ter feito mais na atenção à saúde

As pessoas em situação de rua carregam consigo o estigma que valida os preconceitos que enfrentam na sociedade. Fica perceptível, na voz de alguns participantes deste estudo, a invisibilidade da população em situação de rua na comunidade e nos serviços de saúde (memorando).

Dizeres como “a demanda é a da área”, “a gente já tem o costume de fazer a visita em casa do paciente”, “eu sigo andando porque ele não tem residência”, “eles não vão estar dentro da rede”, “eles têm que ter minimamente o CPF [Cadastro de Pessoas Físicas]” evidenciam que as pessoas em situação de rua vivem a exclusão institucional e do sistema:

A demanda em si da ESF já chega ao patamar que não tem nem como fugir, não tem como misturar as coisas, sendo que já tem essa casa de apoio, que faz esse trabalho. (E6)

Não costuma ter muito contato com eles, a gente vê as pessoas e tudo mais, mas não tem contato. [...] porque a gente já tem o costume de fazer a visita em casa do paciente, aí passa o morador de rua por mim, eu sigo andando porque ele não tem uma residência. (E10)

Já teve de a pessoa chegar e os outros não quererem que ela sentasse ali. Às vezes, ele tinha feito xixi na roupa, ele estava sujo de cocô, então acontece. (E18)

Os ACS [agentes comunitários de saúde] trabalham focados nos moradores que têm residência, endereço. [...] o sistema é muito centrado nos padrões biomédicos, tanto da Enfermagem quanto da Medicina. [...] por isso o nosso cuidado é muito biomédico, eles vão receber curativo no dente, atendimento emergencial da saúde mental, psicofármaco, cuidado de câncer. Isso tudo eu já vi, mas eles não vão estar dentro da rede. Eles não estarão inscritos, porque não tem um planejamento para eles. [...] não por causa dos profissionais, é porque o sistema está subfinanciado, vive dificuldades e a estrutura do país é excludente. (E22)

Para consultar eles têm que ter minimamente um CPF para buscar o cartão SUS [Sistema Único de Saúde] deles. A gente faz o cadastro com o endereço da Casa de Acolhimento, porque eles não têm endereço fixo para usarem a rede do SUS. [...] atendimentos na rua e tudo, isso não é a gente, é mais a secretaria de desenvolvimento social que faz, não é a secretaria de saúde. (E33)

Não há ação programática para a atenção às pessoas em situação de rua:

Não vi nada direcionado para população em situação de rua. Curioso, não é? Eles têm grupo de tabagismo, diabéticos e hipertensos; eu tenho que trabalhar com as gestantes fazendo o pré-natal odontológico, mas com a população de rua, um trabalho iniciado na Atenção Primária, eu não vi nada a respeito; se tem, eu desconheço até o momento. (E24)

Dessa forma, o preconceito e a exclusão institucional das pessoas em situação de rua são ratificados pelo rótulo de inferioridade que o restante da população atribui a elas. Os profissionais da saúde também reforçam o estigma e, assim, a assistência à saúde é comprometida (Memorando).

Nos serviços de saúde, os profissionais participantes deste estudo destacam a rejeição dos usuários ao se depararem, na unidade da APS, com pessoas que vivem nas ruas e o preconceito vivenciado por elas:

O pessoal rejeita, não é? Vinha aqui na unidade, o pessoal já sentava um pouco mais longe e eles percebiam isso também. Assim, não pelos funcionários, mas usuários aqui da ESF viam que estava um pouco alterado pelas drogas,

alcoholizado. Chegava e perturbava todo mundo, conversava demais e o pessoal ia afastando. (E2)

E o preconceito continua...

Ai [risos], tão difícil, não é? [risos] Tratar os diferentes de forma igual então, assim, é muito complicado, porque a população em situação de rua, ela chega já muito, não só aqui na assistência social, mas também na saúde. Então, uma palavra que a pessoa fala, um questionamento, às vezes, ele chega e não tem lugar para sentar... tudo isso já dificulta o acesso dele e, quando a gente consegue com dificuldade sensibilizar para ele ir fazer o tratamento, chega lá eles barram numa questão dessa. Se tiver um comentário de ele não ter tomado banho ou estar com a roupa suja, já serve para ele ir embora, então é um grande dificultador! Mas a gente já teve questões assim “Ah, ele vai passar pelo dentista, fala para ele não beber”; “Ah, leva ele primeiro e dá banho”, a gente ouve muito! A gente não obriga ninguém a tomar banho, banho é uma questão cultural, cada um cuida de si, cada um sabe de si e isso é uma questão muito difícil! Não é porque ele está na rua que ele não quer tomar banho, tem muita gente que tem casa que não gosta de tomar banho, não é? A gente tenta que eles tenham a maior facilidade no acesso, mas esbarra em algumas questões. (E18)

Há também o autopreconceito:

Bastante preconceito que tem com essas pessoas, não só dentro do POP, mas também fora, questão de saúde, educação, emprego e renda. Quando chegam em qualquer estabelecimento, já têm um prejulgamento com elas: que está sujo, fedido, não tem direito a isso, não tem direito àquilo. Eu observo bastante eles mesmos com preconceito e com receio da situação que eles estão. (E19)

Também são observadas outras formas de preconceito e discriminação:

Tinha um paciente aqui negro – para variar, negro! Muito mau cheiro, ele foi atendido pela dentista. Até achei que eles o encaminhariam para mim, pois ele estava delirando. Não! Não foi encaminhado, e foi devolvido. [...] ele deitou ali, os pacientes foram embora, ficaram lá para frente, e ele ali, nesse banco. (E22)

Não há planejamento de ações que assegurem a inclusão com assistência qualificada. Fica a desejar, pois, como falta tempo para as pessoas em situação de rua, sem estratégias prévias, há desassistência:

Fica um pouco a desejar, não foi feito tanta coisa que a gente gostaria. Por quê? Por causa de tempo [...] então, poderia ter feito mais ações, é... promoção da saúde para eles! Requer tempo e planejamento. [...] pode ser falha até nossa, minha, enquanto agente de saúde de sentar mais com a equipe e falar: “Vamos fazer alguma coisa para eles?” [...] o município, não digo só a ESF, com a

secretaria de saúde, desenvolver uma ação melhor para a promoção da saúde deles [...] mas, poderia ter abraçado mais. (E2)

A gente está com grande dificuldade de ter um aumento da demanda, a nossa equipe é mínima, então a gente não consegue atender a todos e ainda fazer grupos e buscar um monte de coisas para eles. (E18)

Direito à saúde e agir integralmente na atenção às pessoas em situação de rua

Torna-se fundamental estabelecer mecanismos de atenção integral às pessoas em situação de rua como direito instituído. As demandas dessas pessoas incluem fatores de responsabilidade do Estado que vão além da atenção à saúde, afetando diretamente a captação desses serviços; portanto, sem a integralidade na rede de atenção, as ações de saúde não contemplam essas pessoas:

Alguns só vinham quando era o dia do projeto, vinham todos, parecia festa, tinha uma alimentação para eles, tinha o banho, o acompanhamento do médico, do enfermeiro, fazia aqueles exames do teste rápido. Então quando eles chegavam para nós, eles já tinham passado por várias etapas de atendimento, então eles gostavam. [...] não devia ser tratado o morador de rua só, também a família dele, as pessoas que convivem, não vou falar a esposa, os filhos, o pai e mãe não, porque, às vezes, a família não são esses. A família, agora, são outros, é o amigo, aquele que dorme junto lá no chão, eu vejo nesse sentido: do respeito, do amor, do cuidado, da transparência, da verdade nesses atendimentos. (E5)

A efetivação do trabalho em rede ainda é uma dificuldade a ser vencida:

Muito interessante é o trabalho em rede, porque todas as políticas públicas são orientadas naquela ideia do atendimento integral às pessoas e eu vejo esse serviço muito falho, os profissionais ainda não entenderam. [...] A população em situação de rua está crescendo, são várias questões econômicas, são muitas coisas! Mas estamos aí para correr atrás do fortalecimento da rede, manter articulação entre os serviços, mas ainda o atendimento não é integral, tem essa dificuldade. (E17)

Nesse sentido, tem-se a seguinte visão da integralidade do ser e do agir sobre os determinantes do processo saúde-doença:

O POP auxilia em um banho, dormir fora do vento, fora do frio, mas não é o suficiente. Porque deveria ter um local onde trouxesse um treinamento para essas pessoas, para elas poderem entrar no mercado de trabalho, porque não é só por conta do vício que eles estão ali na rua, talvez também por falta de oportunidades [...] talvez por falta de experiência, falta de higiene, então, mais

do que dormir, deveria ter oficinas para poder ensiná-los a ter uma meta de novo trabalho. (E14)

Os doentes mentais devem ser medicados, eles não têm um cuidado que considere a vida deles como algo que tem que ser protegido. É o que acontece: “bebeu demais... usou drogas demais...”, cuida, depois não faz mais nada, porque o sistema não está implicado na vida do usuário. Apesar que eles têm ganhos fantástico com o SUS, com a Reforma Psiquiátrica brasileira. (E22)

Tem que saber conversar muito bem com essas pessoas. Abordar de uma maneira que elas vão se sentir acolhidas, para tentar reintegrá-las ao meio com mais condição. Muitas delas não têm emprego, está sem condições de trabalho, de um ambiente para tomar um banho. Precisa ter um olhar muito apurado e também ouvir deles se estão precisando de ajuda porque, às vezes, a gente oferece uma coisa que eles não desejam. É saber lidar, saber orientar: “Está usando seu remedinho? Você tem receita?”. Acaba que, nessa saída de casa, perdem medicações, não tomam café da manhã, não almoçam e, conseqüentemente, perdem a sequência do tratamento, e aí é muito prejudicial, acabam sofrendo muito! (E32)

Mesmo diante de tanto estigma e barreiras sociais, três dos participantes deste estudo denotam que o acesso aos sistemas de saúde é um direito constitucional garantido a toda a população, sem restrições:

É direito de todos, o indivíduo chega no estabelecimento, independentemente de ter moradia fixa ou não, ele tem que ser atendido. (E7)

Não pode negar o atendimento, a gente sabe que o SUS é para todos! (E16)

A gente tem trazido para a saúde a Resolução 40, que trata especificamente da população em situação de rua, ela busca garantir não ter que apresentar um documento para ser atendida, porque a documentação civil é direito, não é dever do usuário, ele tem o direito de portar esses documentos, e isso era um dificultador de acesso. [...] a pessoa em situação de rua também é usuária da saúde, tem que ter os mesmos acessos e as mesmas garantias de qualquer cidadão comum, porque ela é um cidadão comum, por mais que ele está passando pelo fenômeno da rua [...] tem que analisar toda essa trajetória dele para poder facilitar o acesso dele, se ele já foi maltratado ou se sentiu humilhado no equipamento da saúde, ele vai ter dificuldade de acesso, ele não vai conseguir ir facilmente. [...] ele não precisa de caridade, ele precisa de acesso aos seus direitos, precisa conseguir garantia de direito e o acesso à saúde é garantia de direito, ele não tem que solicitar um favor [...] a gente precisa repensar as formas de acesso

e não acontece só na saúde, a gente vem lutando muito com isso, questão do Cadastro Único [...] então, assim, é uma guerra constante, mas a gente não desiste não. (E18)

Ainda que o direito à saúde seja de todos, existem lacunas sociais que levam à marginalização das populações vulneráveis. Nos cenários deste estudo, quem tem acesso ao serviço de acolhimento às pessoas em situação de rua assegura a assistência à saúde, mas quem não tem flutua pelo sistema:

As pessoas que não têm cadastro no núcleo POP estão meio que perdidos no sistema, não têm acesso à unidade de saúde, até porque fica difícil de ter o vínculo, cadastramento. Aqui, da mesma forma, os que não têm cadastramento no núcleo POP acabam não sendo cadastrados na nossa unidade. A estratégia basicamente é essa: quem é do núcleo POP é reconhecidamente morador de rua e tem acesso à unidade de saúde nossa; quem não é está perdido no sistema. (E8)

Quando eu atendo, geralmente, é paciente vindo do POP mesmo, não chega aqui procurando “Ah, eu sou morador de rua”. Ou ele já vai lá ou vai na UPA [Unidade de Pronto Atendimento]. (E11)

Torna-se preciso e urgente a intersectorialidade e a integralização dos serviços socioassistenciais, já que a demanda das pessoas em situação de rua vai além das necessidades de saúde:

Aqui tem o CRAS, agora eles estão procurando mais porque o CRAS está aqui do lado. (E23)

Quando as pessoas chegam aqui para o acolhimento, nós fazemos uma avaliação para entender um pouco do histórico. Primeiro, a gente faz uma escuta e, a partir disso, levanta as demandas junto a ele [...]. Os usuários querem auxílio, documento que se perde muito, têm outras prioridades... só que, quando nós enxergamos e vemos a possibilidade de uma avaliação médica [...] a gente já encaminha para a Unidade de Saúde. (E35)

Discussão

A manifestação da exclusão, do preconceito e da invisibilidade das pessoas em situação de rua se faz realidade nos dois cenários desta pesquisa. Esse fato refuta o direito universal, equitativo e integral à saúde. Percebe-se nas falas dos entrevistados deste estudo o impacto da exclusão das pessoas em situação de rua pelo Estado e pela sociedade.

Uma das muitas exclusões que essas pessoas encontram diariamente é a dificuldade de acesso aos serviços de saúde^{14,15}. Elas convivem recorrentemente com representações sociais pejorativas, histórias de perdas, subalternização e desqualificação, levando-as ao processo de autoexclusão e a ser pessoas desprendidas da sociedade e sem direitos, que internalizam sua imagem desqualificada, estigmatizada e sem esperança¹.

As pessoas em situação de rua compõem um grupo heterogêneo e, por isso, a exclusão desses indivíduos não é linear. Apesar de os paradigmas sociais perpassarem por efeitos deletérios, algumas pessoas que vivem nas ruas, como mulheres e pessoas com transtornos mentais, sofrem um processo discriminatório potencializado¹⁶. Assim, nas realidades pesquisadas, percebe-se que diversos fatores – como a higienização precária, a dependência química e não portar os próprios documentos – constituem barreiras sociais e de assistência, além de corroborar com uma estrutura social discriminatória preconcebida que marginaliza ainda mais essas pessoas.

A estigmatização é resultado da exclusão social, que confere depreciação e coloca as pessoas em desvantagem em relação à população em geral e mais vulneráveis às violências e violações¹⁷.

O processo de ida para as ruas está frequentemente associado ao rompimento do vínculo familiar. A falta de proteção social torna esse fator central para o processo de exclusão. Assim, a pessoa excluída é tomada pela solidão, pelo isolamento e pelo estigma⁵.

A abordagem com acolhimento nos serviços de saúde é ferramenta crucial para o enfrentamento da exclusão, visto que a presença da pessoa em situação de rua torna-se um incômodo no ambiente, dificultando o acesso à atenção integral à saúde como direito^{6,7}. Essas pessoas são estigmatizadas pelo cheiro, pela aparência e pelo comportamento, tornando-se reféns das suas próprias histórias⁸, fatos corroborados pelos resultados deste estudo.

Na APS, o processo de exclusão tem sido produzido pela falta de empatia e de compreensão das singularidades dessas pessoas; pela exigência de documentação de identificação; pelas atitudes preconceituosas e estigmatizantes de profissionais; e pela própria estrutura de trabalho, que está centrada no atendimento de usuários adscritos com referência de endereço domiciliar¹⁸, realidade também evidenciada neste estudo, já que essas pessoas sem domicílio vivenciam a exclusão institucional, pois não há para elas o planejamento da atenção no cotidiano da APS.

Em ambos os cenários desta pesquisa, observou-se que a garantia da assistência à saúde está associada ao vínculo com alguma instituição da Rede Socioassistencial. Evidencia-se a ineficiência de estratégias e de planejamento para a organização das ações, dos serviços e de políticas mais inclusivas, o que reforça a condição de vulneração dos que vivem nas ruas. Há diversas necessidades defasadas, sobrepostas e extremamente complexas; por isso, é fundamental oferecer serviços de atendimento integral relacionados à saúde, moradia, alimentação, à higiene, ao vestuário, ao fortalecimento das relações interpessoais e ao direito ao registro civil, ou seja, a sua identidade¹⁴. Assim, evidencia-se neste estudo que, sem dimensionar a integralidade do ser, a reinserção social da pessoa em situação de rua se compromete. Ações isoladas, sem planejamento intersetorial, surtirão pouco ou nenhum efeito.

Neste contexto, é imprescindível desenvolver métodos e ações assistenciais que valorizem a vida e as experiências de cada um que vive nas ruas, pois sua invisibilidade é marcada pela ausência de políticas públicas efetivas que contemplem suas reais necessidades¹⁹.

No Brasil, o direito universal à saúde foi conquistado após a instauração do SUS pela Constituição da República Federativa do Brasil de 1988¹⁰, cabendo ao poder público prover, por meio de políticas sociais e econômicas, ações que favoreçam a redução do risco de doenças e outros agravos, além de proporcionar o acesso universal a programas e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde¹⁹. Apesar dessa garantia, as pessoas em situação de rua continuam enfrentando situações excludentes, estigmatizantes e segregadoras, distanciando-as do direito aos cuidados de saúde mais básicos.

Nesse sentido, destaca-se a importância de profissionais de saúde serem acolhedores, empáticos, dinâmicos, estratégicos e criativos para desenvolver práticas inclusivas e que estimulem a atenção integral¹⁹, a fim de contemplar melhorias na experiência empírica na atenção às pessoas em situação de rua.

Desenvolver ambientes relacionais entre o profissional de saúde e a pessoa cuidada exige que o profissional ultrapasse os muros da unidade de saúde e entre em contato face a face com o ambiente no qual vivem as pessoas, com busca ativa efetiva. Dessa forma, a integralidade pode ser fortalecida por meio da abertura à diferença e às singularidades das pessoas em situação de rua em direção ao rompimento do estigma e preconceito, contemplando a produção do cuidado sobre os pilares do SUS²⁰.

A atenção às pessoas em situação de rua necessita estar alicerçada em atitudes que contemplem o acolhimento, a escuta e o vínculo. Para tal fim, um desfecho positivo contempla a empatia, a compreensão das diferentes trajetórias de vida, o diálogo horizontalizado, os projetos de vida, as redes de apoio já constituídas e a singularidade da pessoa cuidada².

Apesar de se constituir em um equipamento norteador para as práticas de cuidado em saúde no SUS, a Rede de Atenção à Saúde (RAS) ainda enfrenta fragilidades e desafios no atendimento das pessoas em situação de rua. De modo a superar a fragmentação, segmentação, exclusão e violência institucional no atendimento dessas pessoas, é necessária a implementação de estratégias de cuidado específicas para elas, principalmente no cotidiano da APS, que deve prezar pelas ações programáticas. Promover a universalidade de acesso, a integralidade, a qualidade da assistência, a eficiência e a equidade para as pessoas em situação de rua é cumprir todos os marcos legais, constitucionais e o direito à saúde como fundamental ao ser humano²¹.

O trabalho proativo e amparado em estratégias de cuidado diferenciado conduz a atenção à saúde daqueles que vivem nas ruas, estabelecendo diagnósticos precoces, tratamentos flexíveis e olhar para as singularidades, além de viabilizar atendimentos *in loco*, nos quais a vida acontece, o que se faz essencial em localidades desprovidas de equipes específicas para atenção à saúde de pessoas em situação de rua. Estudos conduzidos em Ribeirão Preto, SP, e São Paulo, SP, e, em âmbito nacional, no Brasil e na Bélgica, evidenciaram que as pessoas em situação de rua dificilmente recorrem à APS para assistência e cuidado, visto que as rotinas de atendimento não incluem

ações programáticas para essas pessoas. No cotidiano, profissionais e usuários dos serviços estigmatizam, excluem e as afastam ainda mais dos cuidados primários¹⁸. Para superar essas situações, é preciso compreender a complexidade do fenômeno viver na rua, considerando as especificidades das pessoas que o experienciam e como elas compreendem o processo saúde-doença¹⁵.

O planejamento do cuidado intersetorial e em rede possibilita a construção de articulações que visem superar os desafios na prestação do cuidado, com influência sobre os fatores determinantes e condicionantes da saúde-doença, como um sono reparador em um ambiente com teto e seguro; alimentação de qualidade; higiene corporal; e prática de atividade física e de lazer, possibilitando uma rede social/familiar/comunitária fortalecida^{7,22}.

A intersetorialidade em cooperação entre as diversas iniciativas em prol dessas pessoas possibilita o fortalecimento do vínculo, a garantia de direitos e a oferta de cuidados efetivos e afetivos². Um dos municípios deste estudo experienciou a estratégia de coordenar os esforços de vários serviços e de profissionais para melhor atender essas pessoas em suas necessidades, o que foi considerado exitoso.

Os serviços de saúde têm a responsabilidade de pensar caminhos de mudança a partir de uma perspectiva ampla que valorize a vida e o vínculo com as pessoas em situação de rua e que possibilite novos olhares e dispositivos de cuidado articulados para uma atenção integral³.

Na perspectiva do IS¹², o contexto vivido e replicado coletivamente – que ressignifica a exclusão em suas diferentes formas de manifestação – precisa ser analisado por meio das ações, dos significados e dos sentimentos que reforçam a segregação e a invisibilidade das pessoas privadas de moradia e direitos fundamentais à vida com dignidade. Transformações no ambiente de trabalho da APS para atendimento dessas pessoas possibilitarão que os profissionais se defrontem com situações que precisem refletir e interpretar para, então, agir. Nesse sentido, é preciso trabalhar o fenômeno da rua por meio de um processo interativo entre as pessoas que o vivenciam e os profissionais que as assistem, já que os comportamentos das pessoas são influenciados por seus valores, crenças, cultura e construção social.

O delineamento metodológico pela TFD centrada na saturação teórica possibilita o entendimento profundo da realidade perante o fenômeno estudado. Considera-se, assim, que os conceitos advindos deste estudo podem ser generalizados teoricamente em realidades similares, o que enfatiza a robustez e a transferibilidade dos resultados, fortalecendo sua validade e a aplicabilidade. Como limitação desse delineamento, apresenta-se a escolha intencional dos cenários do presente estudo por serem municípios de médio porte populacional e sem eCR, porém, tal escolha se justifica por serem locais onde as pessoas em situação de rua transitam, acomodam-se, vivem e precisam de atenção à saúde.

Considerações finais

A falta de moradia é uma questão multifacetada que, inevitavelmente, coloca aqueles que a vivenciam em maior risco de danos e de exclusão social, estando ligada a vários fatores que implicam a ação do Estado com políticas inclusivas e garantia dos direitos fundamentais à vida com dignidade.

Este estudo aponta a exclusão institucional de pessoas em situação de rua e permite compreender como a falta de planejamento da atenção à saúde para essas pessoas afeta diretamente no acesso e na integralidade da atenção. O cenário deste estudo é a APS, considerada a porta de entrada preferencial do SUS, que deve garantir atenção e cuidado de forma equânime. Contudo, a despeito dos avanços de políticas públicas voltadas às populações em condição de vulnerabilidade, as pessoas em situação de rua permanecem sujeitas a um sistema que as marginaliza e isola. Nesse contexto, a busca por assistência culmina em insensibilidade, preconceito – ao invés de coibi-lo – e até em negativas de atenção.

As complexas necessidades de saúde das pessoas em situação de rua reforçam que o efetivo trabalho em rede intra e intersetorial pode superar a exclusão institucional vivenciada por elas. Foi demonstrado que a Rede Socioassistencial viabiliza o acesso à saúde, conforme as demandas urgentes de cada um, e que a invisibilidade e o preconceito dependem de atitudes éticas, empáticas e solidárias dos profissionais da APS, das redes e da sociedade, em respeito à dignidade dessas pessoas.

Contribuição dos autores

Todos os autores participaram ativamente de todas as etapas de elaboração do manuscrito.

Financiamento

A pesquisa recebeu fomento da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais (Fapemig) – Edital 006/2021/PROPE/UFSJ/FAPEMIG.

Conflito de interesse

Os autores não têm conflito de interesse a declarar.

Direitos autorais

Este artigo está licenciado sob a Licença Internacional Creative Commons 4.0, tipo BY (https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt_BR).



Editora

Rosamaria Giatti Carneiro

Editora associada

Elaine Reis Brandão

Submetido em

23/11/23

Aprovado em

22/04/24

Referências

1. Sanchotene IP, Antoni C, Munhós AA. Maria, Maria: concepções sobre ser mulher em situação de rua. *Textos Amp Contextos (Porto Alegre)* [Internet]. 2019 [citado 23 Feb 2023]; 18(1):146-60. Disponível em: <https://revistaseletronicas.pucrs.br/index.php/fass/article/view/29297>
2. Gramajo CS, Maciazeki-Gomes RD, Silva PD, Paiva AMN. (Sobre)viver na rua: narrativas das pessoas em situação de rua sobre a rede de apoio. *Psicol Cienc Prof.* 2023; 43. doi: 10.1590/1982-3703003243764.
3. Matoso LML, Silva JJS, Nascimento BM, Matoso MBL. Redução de riscos e danos: ações em saúde com pessoas em situação de rua no interior nordestino. *Rev Cont Saude* [Internet]. 2019 [citado 21 Feb 2023]; 19(37):183-8. Disponível em: <https://www.revistas.unijui.edu.br/index.php/contextoesaude/article/view/8109>
4. Schweitzer L, Tolfo SR. Rualização: vivências de pessoas em situação de rua. *Ecos* [Internet]. 2022 [citado 16 Feb 2023]; 12(1):54-65. Disponível em: <http://www.periodicoshumanas.uff.br/ecos/article/view/3069/1752>
5. Souza KCD, Vieira MC. Pobreza e resiliência nas narrativas de educandos da EJA em situação de rua. *Educ Real.* 2022; 47. doi: 10.1590/2175-6236108942.
6. Prado MAR, Gonçalves M, Silva SS, Oliveira PS, Santos KS, Fortuna CM. Homeless people: health aspects and experiences with health services. *Rev Bras Enferm.* 2021; 74(1). doi: 10.1590/0034-7167-2019-0200.
7. Viegas SMF, Nitschke RG, Bernardo LA, Tholl AD, Borrego MAR, Soto PJJ, et al. Quotidiano de equipes de consultório na rua: tecendo redes para a promoção da saúde. *Esc Anna Nery.* 2021; 25(3). doi: 10.1590/2177-9465-EAN-2020-0222.
8. Pavia AMSP. Pessoas em situação de rua: avanços e dificuldades na consolidação das premissas constitucionais de 1988. *Rev Fapad* [Internet]. 2021 [citado 25 Feb 2023]; 1(2). Disponível em: <https://periodicosfapad.emnuvens.com.br/gtp/article/view/48>
9. Organização das Nações Unidas. Declaração Universal dos Direitos Humanos. Geneva: ONU; 1948.
10. Brasil. Senado Federal. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal; 1988.
11. Strauss A, Corbin J. Técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada. 2a ed. Porto Alegre: Artmed; 2008.
12. Blumer H. *Symbolic interactionism: perspective and method.* Englewood Cliffs: Prentice-Hall; 1969.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 510, de 7 de Abril de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes ou de informações identificáveis ou que possam acarretar riscos maiores do que os existentes na vida cotidiana. Brasil: Ministério da Saúde, CNS; 2016.
14. Camargo BP. Vivência em Consultório na Rua do Rio de Janeiro: a situação de rua sob uma nova perspectiva. *Rev Bras Med Fam Comunidade* [Internet]. 2016 [citado 17 Feb 2023]; 11(38):1-3. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/1269>

15. Vale AR, Vecchia MD. “UPA é nós aqui mesmo”: as redes de apoio social no cuidado à saúde da população em situação de rua em um município de pequeno porte. *Saude Soc.* 2019; 28(1):222-34. doi: 10.1590/S0104-12902019180601.
16. Brito C, Silva LN. População em situação de rua: estigmas, preconceitos e estratégias de cuidado em saúde. *Cienc Saude Colet.* 2022; 27(1):151-60. doi: 10.1590/1413-81232022271.19662021.
17. Esmeraldo AFL, Ximenes VM. Mulheres em situação de rua: implicações psicossociais de estigmas e preconceitos. *Psicol Cienc Prof.* 2022; 42. doi: 10.1590/1982-3703003235503.
18. Melo LJ, Aragão FB, Cunha JHS, Carneiro TG, Fiorati RC. Acessibilidade e qualidade de vida de pessoas em situação de rua e a atenção primária. *REFACS [Internet]*. 2021 [citado 23 Feb 2023]; 10(1):49-56. Disponível em: <https://seer.uftm.edu.br/revistaelectronica/index.php/refacs/article/view/5051/5836>
19. Alecrim TFA, Palha PF, Ballesterio JGA, Protti-Zanatta ST. Advisory teams on the streets: a nurse’s experience report. *Rev Esc Enferm USP.* 2022; 56. doi: 10.1590/1980-220X-REEUSP-2022-0026en.
20. Silva DV Jr, Belloc MM. Habitar invisível: produção de vida e cuidado na experiência urbana. *Interface (Botucatu).* 2018; 22(67):1065-75. doi: 10.1590/1807-57622017.0452.
21. Sousa MF, Prado EAJ, Leles FAG, Andrade NF, Marzola RF, Barros FPC, et al. Potencialidades da Atenção Básica à Saúde na consolidação dos sistemas universais. *Saude Debate.* 2019; 43(5 Spec No):82-93. doi: 10.1590/0103-11042019S507.
22. Nardes S, Giongo CR. Mulheres em situação de rua: memórias, cotidiano e acesso às políticas públicas. *Rev Estud Fem.* 2021; 29(1). doi: 10.1590/1806-9584-2021v29n166011.

The aim of this article is to discuss exclusion, prejudice and the invisibility of homeless people at odds with the right to health. Using the grounded theory method and symbolic interactionism, the study was conducted with 36 participants living in municipalities in the midwest region of the state of Minas Gerais, Brazil. The findings reveal institutional exclusion of homeless people and patient prejudice against these people in health services. Furthermore, lack of planning of primary care actions jeopardizes timely comprehensive care and maintains exclusion. The study further underscores the critical role of social support networks in addressing the invisibility of these individuals and achieving greater resolution through intersectoral actions. It highlights that healthcare for people experiencing homelessness often arises from an exacerbation or illness, thus undermining the significance of intersectoral collaboration and jeopardizing the guarantee of equitable access to healthcare without prejudice.

Keywords: Ill-housed persons. Primary health care. Right to health.

El objetivo fue discutir la exclusión, el prejuicio y la invisibilidad de personas sin hogar en desacuerdo al derecho a la salud. Estudio delineado por la Teoría Fundamentada en los Datos e Interaccionismo Simbólico, con 36 participantes de municipios de la región centro-oeste del Estado de Minas Gerais, Brasil. Pone en evidencia la exclusión institucional de las personas sin hogar, prejuicios de usuarios al estar con estas personas en el espacio de la unidad de salud, la falta de planificación de las acciones de la Atención Primaria inviabiliza el cuidado integral y oportuno y mantiene la exclusión. El estudio también resalta el papel crucial de las redes de apoyo social para superar la invisibilidad de estas personas y lograr una mayor resolución mediante acciones intersectoriales. Se considera, como resultado de este estudio, que la atención a la salud de las personas en situación de calle se produce principalmente en respuesta a una enfermedad o un empeoramiento de la salud, lo que refuta la relevancia de las acciones intersectoriales y compromete la garantía de acceso equitativo a la atención sanitaria, sin prejuicios.

Palabras clave: Personas mal alojadas. Atención primaria de la salud. Derecho a la salud.

Artigo

Análise de desenho das políticas de saúde: subsídios para o monitoramento e avaliação

Health policy design analysis: foundations for monitoring and evaluation

Análisis del diseño de políticas de salud: aportes para el monitoreo y la evaluación

Glaucia Talita Possolli¹

Fundação Oswaldo Cruz, Brasília, DF.

 <https://orcid.org/0000-0001-8210-0248>

 glauciatalita@hotmail.com

Amanda Nunes Lopes Espiñeira Lemos²

Universidade de Brasília, Brasília, DF.

 <https://orcid.org/0000-0002-7114-4613>

 amandaespineira@ccom.unb.br

Sandra Mara Campos Alves³

Fundação Oswaldo Cruz, Brasília, DF.

 <https://orcid.org/0000-0001-6171-4558>

 smcalves@gmail.com

Submissão em: 19/12/24

Revisão em: 06/02/25

Aprovação em: 07/02/25

Resumo

Objetivo: Analisar as políticas de saúde a partir do "*policy design*", identificando elementos que permitem seu monitoramento e avaliação. **Metodologia:** Estudo descritivo e exploratório, qualitativo, sobre o desenho das políticas de saúde quanto aos elementos de monitoramento e avaliação. O universo de pesquisa é a Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017 e atualizações até agosto de 2024. Realizaram-se análises de frequência simples e análise de conteúdo. O eixo avaliativo combinou elementos de competências, diretrizes, objetivos, ações estratégicas e capítulo específico para monitoramento e avaliação. **Resultado:** Das 50 políticas analisadas, 40 (80%) originaram-se de portarias ministeriais; 36% não há elementos explícitos de monitoramento e avaliação; nas demais, predomina sua incorporação como objetivos (62%). A responsabilidade é majoritariamente compartilhada entre entes federativos (60%). Identificaram-se quatro constructos principais de monitoramento e avaliação: padronização de atividades e foco regulatório, presente em 48% das políticas; monitoramento sistemático e qualidade dos dados (54%); avaliação baseada em evidências (62%); e avaliação *ex-post* (68%). Em 90% das políticas de agravos específicos há a presença de todos os constructos. Apenas 28% das políticas incorporam todos os quatro constructos simultaneamente. As políticas recentes enfatizam a avaliação *ex-post* e evidências para tomada de

¹ Doutora em Epidemiologia em Saúde Pública, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca/Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

² Doutora em Direito, Universidade de Brasília, Brasília, DF, Brasil, e Universidade do Minho (cotutela), Braga, Portugal. Pesquisadora colaboradora, Universidade de Brasília, Brasília, DF, Brasil.

³ Doutora em Saúde Coletiva, Universidade de Brasília, Brasília, DF, Brasil. Pesquisadora em Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Brasília, DF, Brasil.

decisão. **Conclusão:** A análise das políticas de saúde aponta para a necessidade de aperfeiçoamento dos processos contínuos dos mecanismos de monitoramento e avaliação. Destaca-se a importância da revisão periódica das políticas mais antigas para incorporação de elementos avaliativos e o desenvolvimento de metodologias específicas de monitoramento e avaliação, considerando as particularidades de cada política.

Palavras-chave: Política de Saúde; Avaliação em Saúde; Direito Sanitário; Processo Legal.

Abstract

Objective: To analyze health policies based on policy design theory, identifying elements that enable their monitoring and evaluation. **Methodology:** A descriptive and exploratory study with a qualitative-quantitative approach examining health policy design regarding monitoring and evaluation elements. The research universe is Consolidation Ordinance No. 2, dated September 28, 2017, and updates until August 2024. Simple frequency analyses and content analysis were performed. The evaluative axis combined elements of competencies, guidelines, objectives, strategic actions, and specific chapters for monitoring and evaluation. **Results:** Of the 50 analyzed policies, 40 (80%) originated from ministerial ordinances; 36% lack explicit monitoring and evaluation elements; in the others, their incorporation predominates as objectives (62%). Responsibility is mainly shared among federal entities (60%). Four main monitoring and evaluation constructs were identified: activity standardization and regulatory focus, present in 48% of policies; systematic monitoring and data quality (54%); evidence-based evaluation (62%); and ex-post evaluation (68%). In 90% of disease-specific policies, all constructs are present. Only 28% of policies incorporate all four constructs simultaneously. Recent policies emphasize ex-post evaluation and evidence-based decision-making. **Conclusion:** The analysis of health policies points to the need for improvement of continuous processes in monitoring and evaluation mechanisms. The importance of periodic review of older policies for incorporating evaluative elements and developing specific monitoring and evaluation methodologies is highlighted, considering the particularities of each policy.

Keywords: Health Policy; Health Evaluation; Health Law; Legal Process.

Resumen

Objetivo: Analizar las políticas de salud desde la teoría del "policy design", identificando elementos que permitan su monitoreo y evaluación. **Metodología:** Estudio descriptivo y exploratorio con enfoque cuali-cuantitativo sobre el diseño de las políticas de salud en cuanto a los elementos de monitoreo y evaluación. El universo de investigación es la Ordenanza de Consolidación n° 2, del 28 de septiembre de 2017 y sus actualizaciones hasta agosto de 2024. Se realizaron análisis de frecuencia simple y análisis de contenido. El eje evaluativo combinó elementos de competencias, directrices, objetivos, acciones estratégicas y capítulo específico para monitoreo y evaluación. **Resultados:** De las 50 políticas analizadas, 40 (80%) se originaron de ordenanzas ministeriales; 36% no tienen elementos explícitos de monitoreo y evaluación; en las demás, predomina su incorporación como objetivos (62%). La responsabilidad es mayoritariamente compartida entre entes federativos (60%). Se identificaron cuatro constructos principales de monitoreo y evaluación: estandarización de actividades y enfoque regulatorio, presente en 48% de las políticas; monitoreo sistemático y calidad de datos (54%); evaluación basada en evidencias (62%); y evaluación *ex-post* (68%). En 90% de las políticas de enfermedades específicas hay presencia de todos los constructos. Solo 28% de las políticas incorporan los cuatro constructos simultáneamente. Las políticas recientes enfatizan la evaluación *ex-post* y evidencias para toma de decisiones. **Conclusión:** El análisis de las políticas de salud apunta a la necesidad de perfeccionamiento de los procesos continuos de los mecanismos de monitoreo y evaluación. Se destaca la importancia de la revisión periódica de las políticas más antiguas para incorporación de elementos evaluativos y el desarrollo de metodologías específicas de monitoreo y evaluación, considerando las particularidades de cada política.

Palabras clave: Política de Salud; Evaluación en Salud; Derecho Sanitario; Processo Legal.

Introdução

O desenvolvimento do monitoramento e avaliação (M&A) nas políticas públicas de saúde reflete uma evolução significativa na gestão e implementação de intervenções governamentais. Desde a introdução da análise de políticas públicas por Harold Lasswell em 1936⁽¹⁾, o campo passou por transformações substanciais, com o M&A ganhando crescente importância ao longo das décadas. Inicialmente focado, principalmente, na formulação de políticas, o processo de M&A expandiu-se para abranger todo o ciclo da política pública, tornando-se um componente essencial para garantir a eficácia e a eficiência das intervenções governamentais⁽¹⁾.

O M&A fornece mecanismos cruciais para acompanhar o progresso, avaliar os resultados e garantir que os objetivos estabelecidos nas políticas públicas sejam alcançados. O M&A não só permite a *accountability* (prestação de contas) e a melhoria contínua das políticas, mas também serve como um mecanismo vital para garantir que as intervenções públicas permaneçam relevantes e eficazes em um ambiente em constante mudança⁽²⁾.

Em 2020, a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS)⁽³⁾ atualizou o conceito de abordagem integrada em saúde e a inter-relação com as Funções Essenciais de Saúde Pública (FESP). Nesse sentido, a avaliação, o desenvolvimento de políticas, a alocação de recursos e o acesso formam as quatro etapas dessa abordagem. O desenvolvimento de políticas é baseado na formulação de políticas de saúde pública por meio da promoção, priorização de problemas e planejamento estratégico para atender às necessidades de saúde da população. Nesse contexto de desenvolvimento de políticas, Almeida et al.⁽⁴⁾ destacam que as políticas públicas regem-se pelos princípios do Direito Público e necessitam ser formalmente explicitadas de uma maneira que as torne possíveis de serem operacionalizadas do ponto de vista administrativo e jurídico.

No contexto brasileiro, Paim et al.⁽⁵⁾ analisaram a evolução do Sistema Único de Saúde (SUS) e pontuaram a importância do M&A para o seu desenvolvimento contínuo. Os autores discorrem que o fortalecimento dos sistemas de M&A é crucial para enfrentar os desafios persistentes do SUS, como as desigualdades no acesso aos serviços de saúde e a necessidade de melhorar a qualidade do atendimento. Este cenário de desenvolvimento do SUS está diretamente relacionado às bases legais estabelecidas pela Constituição Federal de 1988.

A Constituição Federal de 1988⁽⁶⁾ estabeleceu as bases legais e institucionais que, com mecanismos implícitos e explícitos sobre M&A, fundamentam e exigem estas práticas na administração pública, incluindo o setor da saúde. O Artigo 37 da Constituição, ao estabelecer os princípios da Administração Pública - legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência - implicitamente requer que as ações governamentais sejam constantemente monitoradas e avaliadas. O princípio da eficiência, em particular, demanda que os recursos públicos sejam utilizados de forma a maximizar os resultados, o que necessariamente implica em processos contínuos de monitoramento e avaliação. Além disso, o princípio da publicidade está diretamente relacionado à necessidade de disponibilizar informações sobre os resultados das políticas públicas, o que envolve mecanismos de avaliação⁽⁷⁾.

O sistema de controle e fiscalização estabelecido pela Constituição⁽⁶⁾ também fornece uma base sólida para a avaliação de políticas públicas. Os Artigos 70 e 71 determinam que a fiscalização contábil, financeira, orçamentária, operacional e patrimonial da União e das entidades da administração direta e indireta será exercida pelo Congresso Nacional, mediante controle externo, e pelo sistema de controle interno de cada Poder. O Tribunal de Contas da União (TCU) tem a competência para realizar inspeções e auditorias de natureza contábil, financeira, orçamentária,

operacional e patrimonial nas unidades administrativas dos Poderes Legislativo, Executivo e Judiciário. Estas disposições criam mecanismos que não apenas permitem, mas exigem o monitoramento e a avaliação sistemáticos das políticas e programas governamentais.

O ciclo orçamentário estabelecido pela Constituição⁽⁶⁾ nos Artigos 165 a 169, que inclui o Plano Plurianual (PPA), a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e a Lei Orçamentária Anual (LOA), pressupõe um processo contínuo de planejamento, execução e avaliação. Este ciclo requer que as políticas públicas sejam formuladas com objetivos claros, metas mensuráveis e indicadores de desempenho, elementos essenciais para um efetivo monitoramento e avaliação. Além disso, a participação social, prevista em diversos artigos constitucionais, como o Artigo 198 que trata do Sistema Único de Saúde, também contribui para o processo de avaliação ao permitir que a sociedade civil participe na formulação, implementação e avaliação das políticas públicas.

A Emenda Constitucional nº 109, de 15 de março de 2021 acrescentou o parágrafo 16 no Artigo 37 da Constituição Federal⁽⁶⁾ instituindo a avaliação das políticas públicas como dever dos órgãos e entidades da Administração Pública e a necessidade de divulgação do objeto a ser avaliado e dos resultados alcançados. Assim, a Constituição Federal de 1988 estabelece as bases legais e institucionais que tornam o monitoramento e a avaliação de políticas públicas práticas necessárias e inerentes à gestão pública brasileira.

A institucionalização constitucional da avaliação de políticas públicas demanda não apenas uma abordagem teórico-metodológica, mas também uma compreensão jurídica mais ampla de como estas políticas se estruturam. Nesse sentido, Bucci⁽⁸⁾ oferece uma contribuição fundamental ao campo ao conceber as políticas públicas como arranjos institucionais complexos, expressos em estratégias ou programas de ação governamental que visam coordenar os meios à disposição do Estado e as atividades privadas para a realização de objetivos socialmente relevantes e politicamente determinados. Para a autora, as políticas públicas devem ser compreendidas como arranjos institucionais que necessitam incorporar mecanismos de avaliação e controle em sua própria estrutura, permitindo o constante aperfeiçoamento de sua implementação e resultados. A abordagem Direito e Políticas Públicas (DPP), proposta pela autora, contribui para identificar e analisar esses mecanismos de monitoramento e avaliação integrados ao desenho jurídico-institucional das políticas, oferecendo instrumentos analíticos para compreender como diferentes elementos se articulam para produzir resultados mensuráveis⁽⁹⁾.

Assim, a Constituição Federal de 1988, com suas atualizações, estabelece as bases legais e institucionais que tornam o monitoramento e a avaliação de políticas públicas práticas necessárias e inerentes à gestão pública brasileira. Esta estrutura normativa, aliada à compreensão teórica sobre a natureza das políticas públicas, demanda uma abordagem teórico-metodológica que permita compreender como estas políticas são estruturadas e implementadas. Neste contexto, a teoria do *policy design* oferece um arcabouço teórico que possibilita examinar não apenas os elementos constitutivos das políticas, mas também como estes elementos se articulam para produzir resultados mensuráveis.

Como destacam Howlett, Mukherjee e Woo⁽¹⁰⁾, o *policy design* representa uma abordagem que evoluiu de uma perspectiva focada em instrumentos isolados para uma visão mais integrada de formulação de políticas, considerando como diferentes ferramentas e mecanismos são combinados para alcançar objetivos específicos. No campo da saúde, esta abordagem tem se mostrado relevante para compreender como diferentes elementos de M&A são incorporados no desenho das políticas, permitindo não apenas atender às exigências constitucionais, mas também promover um processo contínuo de aprendizagem e aperfeiçoamento das intervenções governamentais.

Com o avanço das práticas de gestão pública, o M&A passou a ser incorporado de forma mais sistemática nas avaliações *ex-ante* e *ex-post* das políticas de saúde. Na avaliação *ex-ante* o processo de M&A é planejado desde a concepção da política, envolvendo a definição de indicadores de desempenho, o estabelecimento de metas e cronogramas, e a identificação de fontes de dados para o monitoramento. Como destacado no "Guia Prático de Análise Ex Ante"⁽¹¹⁾, esta fase é crucial para criar um sistema de monitoramento que permita o acompanhamento contínuo da implementação e dos resultados da política de saúde.

Por outro lado, na avaliação *ex-post*, o "Guia Prático de Análise Ex Post"⁽¹²⁾ recomenda que o processo de M&A seja contínuo e sistemático, incluindo a coleta regular de dados sobre indicadores-chave, análises periódicas do desempenho da política, e a realização de avaliações de impacto quando apropriado. Esta abordagem permite que os resultados do M&A sejam utilizados para informar ajustes e melhorias nas políticas de saúde, promovendo um ciclo contínuo de aprendizagem e aperfeiçoamento.

Para dar suporte a esse processo contínuo de monitoramento e avaliação, a teoria da mudança^(11,12) emergiu como uma ferramenta fundamental no planejamento e avaliação de políticas de saúde, fornecendo um quadro lógico que explicita como uma intervenção pretende alcançar seus objetivos. Esta abordagem parte do princípio que toda política pública incorpora uma teoria implícita ou explícita sobre como e por que determinada intervenção deve funcionar para resolver um problema público específico.

No contexto do M&A, a teoria da mudança desempenha um papel crucial, servindo como base para o desenvolvimento de um sistema de M&A eficaz. Como destacado nos guias práticos de análise *ex-ante*⁽¹¹⁾ e *ex-post*⁽¹²⁾, a teoria da mudança "explicita a lógica causal que estrutura o desenho da política pública"^(11,12), proporcionando uma estrutura clara para a definição de indicadores e a avaliação dos resultados em diferentes estágios da implementação da política de saúde. Esta articulação entre teoria da mudança e política pública permite não apenas um planejamento mais robusto, mas também facilita a identificação precoce de falhas na cadeia causal, possibilitando ajustes e correções durante a implementação.

O processo de monitoramento, quando ancorado na teoria da mudança, torna-se mais focado e eficiente, permitindo que os gestores acompanhem não apenas a execução das atividades planejadas, mas também verifiquem se os resultados imediatos (*outputs*) estão sendo alcançados conforme esperado. Na avaliação, a teoria da mudança fornece um quadro de referência essencial para interpretar os resultados observados, possibilitando uma avaliação mais profunda e contextualizada, que vai além da simples medição de indicadores, explorando os mecanismos causais que levam aos resultados observados nas políticas de saúde^(11,12).

Na evolução das práticas de M&A a análise de desenho de políticas públicas tem ganhado crescente importância. Esta abordagem, como destacado por Lima, Aguiar e Lui⁽¹³⁾, dedica-se ao estudo e compreensão da estrutura lógica das políticas públicas e de sua efetividade. No campo específico das políticas de saúde, a análise de desenho oferece uma ferramenta para compreender como estas políticas são estruturadas para alcançar seus objetivos e como seu desempenho é mensurado e avaliado ao longo do tempo. Esta abordagem permite examinar como os elementos de M&A são incorporados na estrutura das políticas de saúde, identificando padrões, inovações e possíveis lacunas nos mecanismos de acompanhamento e avaliação de resultados.

No contexto desse estudo destaca-se a Portaria de Consolidação GM/MS nº 2, de 28 de setembro de 2017, que representa um marco importante na organização e estruturação das políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS). Esta portaria consolidou diversas normas sobre

políticas nacionais de saúde, fornecendo um panorama abrangente das diretrizes e princípios que norteiam as ações de saúde no país.

A Portaria de Consolidação nº 2 faz parte de um conjunto de seis Portarias de Consolidação, no âmbito do Gabinete do Ministro (GM) da Saúde, que foram publicadas em setembro de 2017. A consolidação de normas é prevista no Artigo 59 da Constituição Federal⁽⁶⁾, na Lei complementar nº 95/1998⁽¹⁴⁾ e no Decreto nº 12002/2024⁽¹⁵⁾. A consolidação não apenas organiza as normas existentes, mas também cria espaço para que normas futuras sejam incorporadas mediante alteração da portaria de consolidação, sem a necessidade de publicar uma nova portaria a cada modificação⁽¹⁶⁾.

Atualmente, o Ministério da Saúde conta com 12 Portarias de Consolidação, que abrangem diferentes áreas e aspectos da regulamentação em saúde pública, organizadas da seguinte forma⁽¹⁷⁾: seis normas do Gabinete do Ministro: (a) Portaria de Consolidação GM/MS nº 1/2017 - Direitos e Deveres, Organização e Funcionamento do SUS; (b) Portaria de Consolidação GM/MS nº 2 /2017 - Políticas Nacionais de Saúde do SUS; (c) Portaria de Consolidação GM/MS nº 3 /2017 - Redes do SUS; (d) Portaria de Consolidação GM/MS nº 4 /2017 - Sistemas e Subsistemas do SUS; (e) Portaria de Consolidação GM/MS nº 5 /2017 - Programas, Ações e Serviços de Saúde do SUS; (f) Portaria de Consolidação GM/MS nº 6 /2017 - Financiamento e Transferência. Além de outras cinco Portarias exaradas pelas Secretarias do Ministério e uma Resolução pela Comissão Intergestores Tripartite: (a) Portaria de Consolidação SE/MS nº 729/2020 - Consolidação das normas da Secretaria-Executiva do Ministério da Saúde; (b) Portaria de Consolidação SESAI/MS nº 1/2020 - Consolidação de normas do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena; (c) Portaria de Consolidação SGTES/MS nº 1/2021- Consolidação das normas sobre Gestão do Trabalho e Educação na Saúde; (d) Portaria de Consolidação SAPS/MS nº 1/2021 - Consolidação das normas sobre Atenção Primária à Saúde; (e) Portaria de Consolidação SAES/MS nº 1/2022 - Consolidação das normas sobre Atenção Especializada à Saúde; (f) Resolução de Consolidação CIT nº 1/2021 - Consolidação das resoluções da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) do Sistema Único de Saúde (SUS).

Assim, o objetivo deste artigo é apresentar os resultados da análise das políticas de saúde a partir da teoria do “*policy design*”⁽¹⁰⁾, identificando se elas possuem elementos e variáveis que permitam o M&A. Essa análise permitirá compreender como o setor de saúde pública brasileira tem incorporado as práticas de monitoramento e avaliação em suas políticas, e como essas práticas podem ser aprimoradas para garantir intervenções mais eficazes e eficientes.

Metodologia

Trata-se de um estudo descritivo e exploratório de abordagem quali-quantitativa sobre o desenho das políticas de saúde do Brasil quanto aos elementos de M&A. O universo da pesquisa foi constituído pelas 50 políticas de saúde positivadas na Portaria de Consolidação nº 2 do Ministério da Saúde, de 28 de setembro de 2017 e suas atualizações até 31 de agosto de 2024, com as alterações e incorporação de novas políticas.

Na análise quantitativa para definir o eixo avaliativo referente à análise de desenho das políticas de saúde foram combinados elementos de princípios, diretrizes, objetivos, ações estratégicas, competência, bem como a existência de capítulo específico para monitoramento e avaliação das políticas de saúde. As análises descritivas foram realizadas por meio de frequências simples (porcentagem) de acordo com as características (variáveis) estudadas. As frequências foram analisadas em grupos, de acordo com a topografia dos agrupadores capítulo e seção das políticas de saúde na Portaria de Consolidação GM/MS nº 2, de 2017 e suas atualizações até 31 de agosto de 2024.

A metodologia qualitativa empregada neste estudo baseou-se na análise de conteúdo, seguindo os princípios propostos por Bardin⁽¹⁸⁾. O processo de análise foi conduzido em três etapas principais. Na fase de pré-análise, realizou-se uma leitura flutuante dos documentos das políticas, seguida da seleção dos trechos relevantes relacionados ao M&A. A etapa de exploração do material envolveu a codificação dos trechos selecionados, a identificação de temas recorrentes e a criação de categorias iniciais, denominadas constructos. Na análise de conteúdo, segundo Bardin⁽¹⁸⁾, os constructos constituem conceitos teóricos ou abstratos desenvolvidos com finalidade científica específica. São elementos que, embora não possam ser diretamente observáveis ou mensuráveis, são inferidos através de manifestações observáveis ou indicadores presentes no conteúdo analisado, permitindo uma compreensão estruturada do objeto de estudo. Por fim, na fase de tratamento dos resultados, inferência e interpretação, procedeu-se ao refinamento e consolidação das categorias, à análise das relações entre os constructos identificados e as políticas, e à interpretação dos padrões emergentes. Este processo foi realizado por codificação e permitiu a emergência de quatro constructos distintos, cada um representando uma faceta específica das práticas de monitoramento e avaliação no contexto das políticas de saúde brasileiras.

O banco de dados foi elaborado em planilha Excel, que permitiu as análises descritivas quantitativas. Para a análise qualitativa foi organizada uma planilha com a formação de “nós” e “arestas”. A representação gráfica dos constructos criados com as políticas relacionadas foi realizada por meio do software Gephi⁽¹⁹⁾.

Destaca-se que este estudo utiliza informações de domínio público e está isento de submissão ao comitê de ética, conforme Resolução nº 510/2016⁽²⁰⁾ do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

Resultados e discussão

A análise das políticas de saúde na Portaria de Consolidação nº 2 revelou padrões significativos tanto em sua estrutura organizacional quanto nos mecanismos de monitoramento e avaliação. Os resultados são apresentados em três seções complementares: inicialmente, descreve-se a organização e características gerais das políticas de saúde; em seguida, analisa-se como o monitoramento e a avaliação se manifestam de forma explícita nas políticas; por fim, examina-se a presença implícita desses elementos através da análise de conteúdo, que permitiu identificar constructos fundamentais para compreender como as práticas de M&A são incorporadas nas políticas de saúde do SUS.

Descrição das Políticas de Saúde

A Portaria de Consolidação nº 2 estabelece em sua topografia uma estrutura hierárquica e temática para a organização de 50 políticas de saúde, dividida em três capítulos principais. O Capítulo I, "Das Políticas de Saúde", subdivide-se em quatro seções: (i) Políticas Gerais de Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde, que contempla oito políticas fundamentais, incluindo a recentemente incorporada Política Nacional de Cuidados Paliativos; (ii) Políticas de Controle de Doenças e Enfrentamento de Agravos de Saúde, com quatro políticas específicas; (iii) Políticas Voltadas à Saúde de Segmentos Populacionais, abrangendo onze políticas direcionadas a grupos específicos; e (iv) Políticas de Promoção da Equidade em Saúde, com quatro políticas voltadas para populações específicas. O Capítulo II, "Das Políticas de Organização da Atenção à Saúde", organiza-se em duas seções: (i) Políticas Gerais de Organização da Atenção à Saúde, com oito políticas estruturantes; e (ii) Políticas de Atenção a Agravos Específicos, contemplando dez políticas que enfatizam as condições específicas de saúde. Por fim, o Capítulo III, "Das Políticas de Organização do SUS", apresenta cinco políticas fundamentais para a gestão e organização do sistema de saúde.

Esta distribuição das políticas entre os capítulos revela uma característica importante do sistema de saúde brasileiro que é a predominância de políticas voltadas à proteção e promoção da saúde (Capítulo I) e à organização da atenção (Capítulo II). Como destacam Lima, Aguiar e Lui⁽²¹⁾, tal configuração demanda estratégias específicas de M&A, capazes de captar tanto aspectos finalísticos quanto organizacionais das políticas. A organização em capítulos e seções específicas demonstra um alinhamento com o que Almeida et al.⁽⁴⁾ denominam "categorias institucionais das políticas de saúde", elementos essenciais para sua operacionalização do ponto de vista administrativo e jurídico.

A origem das políticas de saúde quanto ao tipo normativo (Quadro 1) e à autoridade emitente apresenta variação, sendo a maioria do Ministério da Saúde: 40 políticas de saúde (80%) são oriundas de portaria ministerial do Ministério da Saúde (PRT MS/GM); três (6%) das políticas de saúde foram produzidas por lei; duas (4%) produzidas por decretos; duas (4%) por resolução do Conselho Nacional de Saúde; uma (2%) por aprovação em conferência do Conselho Nacional de Saúde; uma (2%) por pactuação na CIT; e uma (2%) por portaria interministerial.

Quadro 1. Políticas de saúde não oriundas de portaria ministerial do Ministério da Saúde e a origem das normas, de 1995 a agosto de 2024.

Política de saúde	Origem da norma
Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde, aprovada na 2ª Conferência Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde, realizada em 2004, e na 147ª Reunião Ordinária do Conselho Nacional de Saúde, realizada em 6 e 7 de outubro de 2004;	Aprovação em Conferência do CNS
Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos, instituída pelo Decreto nº 5.813, de 22 de junho de 2006;	Decreto
Política Nacional para a População em Situação de Rua, instituída pelo Decreto nº 7.053, de 23 de dezembro de 2009;	Decreto
Política Nacional de Sangue, Componentes e Hemoderivados, instituída pela Lei nº 10.205, de 21 de março de 2001;	Lei
Política de Saúde Mental, instituída pela Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001;	Lei
Política de Atenção à Saúde das Pessoas com Transtorno do Espectro do Autismo no âmbito da Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista, instituída pela Lei nº 12.764, de 27 de dezembro de 2012;	Lei
Política Nacional de Saúde Bucal (Brasil Sorridente), instituída por pactuação da Comissão Intergestores Tripartite (CIT), de 12 de fevereiro de 2004;	Pactuação CIT
Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional no Âmbito do SUS (PNAISP), instituída pela Portaria Interministerial MS- MJ nº 1, de 2 de janeiro de 2014;	Portaria Interministerial
Política Nacional de Vigilância em Saúde, instituída pela Resolução nº 588/2018 do Conselho Nacional de Saúde (CNS);	Resolução CNS
Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF), instituída pela Resolução CNS nº 338, de 6 de maio de 2004;	Resolução CNS

Fonte: Elaboração das autoras.

A predominância de portarias ministeriais (80%) como instrumento normativo principal dialoga com o que Lima et al.⁽²²⁾ apontam em seu estudo sobre planejamento governamental em que há a centralidade do Ministério da Saúde na condução da política setorial, sendo que a presença de políticas instituídas por diferentes instrumentos (leis, decretos, resoluções) evidencia o que Almeida

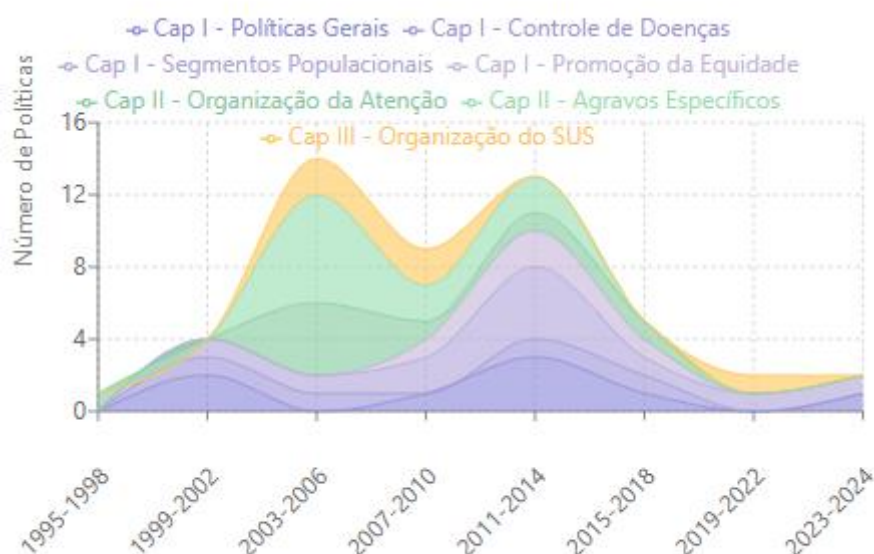
et al.⁽⁴⁾ identificaram como um processo de diversificação dos mecanismos de institucionalização das políticas de saúde.

Na distribuição das políticas pelas variáveis analisadas em seção e capítulos (Tabela 1) destaca-se que o recorte temporal inicia na data da primeira política encontrada. A análise temporal revela três períodos de maior produção normativa: o primeiro, entre 2003-2006, caracteriza-se pela concentração de políticas do Capítulo II, com ênfase expressiva na seção de atenção a agravos específicos (seis políticas) e organização da atenção à saúde (quatro políticas) (gráfico 1). A concentração de políticas do Capítulo II no período 2003-2006 alinha-se ao que Machado, Lima e Baptista⁽²³⁾ identificaram em sua análise sobre a implementação de políticas de saúde no Brasil. Segundo as autoras, este período caracterizou-se pela busca de estruturação dos serviços e definição de modelos de atenção, refletindo nas necessidades de M&A.

O segundo período relevante, 2007-2010, apresenta uma distribuição mais equilibrada entre os capítulos, com produção normativa distribuída entre políticas voltadas a segmentos populacionais, agravos específicos e organização do SUS. O terceiro período significativo, 2011-2014, destaca-se pela predominância das políticas do Capítulo I, especialmente aquelas voltadas a segmentos populacionais (quatro políticas) e políticas gerais de promoção, proteção e recuperação da saúde (três políticas).

A partir de 2015, observa-se uma redução gradual na produção de novas políticas. Esta distribuição temporal não apenas revela diferentes ênfases na agenda da política de saúde, mas também sugere uma evolução da maturidade do sistema, partindo de um período inicial que dá ênfase em estruturação (políticas de organização e agravos específicos), passando por uma fase de expansão do acesso (políticas para segmentos populacionais), até chegar a um período de consolidação e refinamento das políticas existentes. O volume e a diversidade de políticas identificadas reforçam o que Almeida et al.⁽⁴⁾ evidenciaram em sua análise das categorias institucionais das políticas de saúde no Brasil que foi uma intensa produção normativa a partir dos anos 1990, refletindo o processo de consolidação do SUS. Esta característica impõe desafios específicos ao monitoramento e avaliação, como apontam Tamaki et al.⁽²⁴⁾ em seu estudo sobre metodologias de M&A no SUS, especialmente quanto à necessidade de instrumentos que permitam avaliar políticas com diferentes graus de complexidade e maturidade institucional.

Gráfico 1. Distribuição das políticas de saúde, de acordo com a topografia da Portaria de Consolidação nº 2, de 1995 a 2024.



Fonte: Elaboração das autoras.

Em relação à forma de positivação do texto em forma de instrumento jurídico, quatro (8%) das políticas de saúde constantes na Portaria de Consolidação nº 2 não estão descritas na portaria, pois encontram-se articuladas em forma de texto e livro publicados em sites; uma (2%) política, que é instituída por lei, não está descrita na norma; as outras 47 políticas encontram-se articuladas na Portaria de Consolidação, mas a articulação se apresenta de forma diversa. Para 28 (56%) das políticas de saúde apresentadas na portaria de consolidação, o texto da política está incorporado e descrito na norma; e duas (4%) estão presentes na norma, mas somente em forma de textos. As outras políticas de saúde se apresentam de forma híbrida, sendo que para 12 (24%) políticas de saúde uma parte está descrita na norma e outra parte está presente na norma em forma de texto e três (6%) políticas de saúde estão descritas na norma e em outros documentos externos.

A existência de políticas de saúde não descritas no texto da Portaria de Consolidação nº 2 apresenta importantes implicações jurídicas. Como apontam Almeida et al.⁽⁴⁾ em sua análise das categorias institucionais das políticas de saúde, a forma de positivação afeta diretamente a capacidade de vinculação jurídica e cumprimento obrigatório das políticas. Segundo os autores, políticas que se encontram apenas em textos e livros, sem incorporação formal à norma, podem enfrentar fragilidades em sua execução e controle. Esta questão também foi abordada por Aith⁽²⁵⁾ que destaca que a ausência de formalização normativa adequada pode comprometer tanto a exigibilidade administrativa quanto o controle judicial das políticas e que políticas não incorporadas ao texto normativo podem ter sua força vinculante questionada, dificultando processos de responsabilização e prestação de contas. Dallari et al.⁽²⁶⁾ reforçam que a segurança jurídica das intervenções estatais depende de sua adequada formalização normativa e que a dispersão dos conteúdos das políticas em diferentes tipos de documentos pode gerar insegurança jurídica e dificultar o controle social e institucional.

O monitoramento e a avaliação de forma explícita nas políticas de saúde.

O M&A das políticas de saúde se apresenta de formas distintas dentro da Portaria de Consolidação nº 2. O M&A não aparece de forma explícita em 18 (36%) políticas de saúde e em 11 (22%) políticas de saúde o M&A aparece em mais de uma categoria analisada. Nas políticas que apresentam M&A de forma explícita, em 31 (62%) políticas de saúde ele se apresenta na forma de objetivos no corpo do texto; 14 (28%) apresentam o M&A como diretriz; e em 12 (24%) políticas o M&A aparece como componente operacional da política de saúde. A ausência de M&A explícito em 36% das políticas vai de encontro às exigências trazidas pela EC 109/2021 onde a constitucionalização do M&A estabelece sua obrigatoriedade, demandando revisão das políticas que não contemplam estes mecanismos.

O direito à saúde, enquanto direito fundamental, demanda não apenas a formulação de políticas públicas, mas também mecanismos que assegurem sua efetividade. Nesse sentido, o M&A torna-se instrumento essencial para verificar se as políticas estão, de fato, promovendo o acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde, conforme preconizado pelo Artigo 196 da Constituição Federal⁽²⁵⁾. Dallari et al.⁽²⁶⁾ enfatizam que a ausência ou fragilidade dos mecanismos de M&A dificulta a defesa judicial das políticas públicas, uma vez que o Estado não consegue demonstrar adequadamente a racionalidade e efetividade de suas escolhas alocativas, ao passo que resultados robustos de M&A podem fortalecer a segurança jurídica das políticas e qualificar o debate judicial sobre direito à saúde

Em 14 (28%) políticas de saúde não há definição de competência da realização de M&A. Nas políticas que definem a competência, em 30 (60%) das políticas a competência de realizar o M&A é atribuição dos três entes, ou seja, é competência do Ministério da Saúde, das Secretarias Estaduais de Saúde e das Secretarias Municipais de Saúde. Em 12 (24%) políticas de saúde o M&A é atribuição de órgão colegiado, sendo que em oito (16%) políticas de saúde o M&A aparece como competência dos entes e de órgão colegiado. O fato de que em 28% das políticas não há definição de competência representa uma lacuna e que, de acordo com Almeida et al.⁽⁴⁾, a clara definição de responsabilidades é essencial para a efetiva implementação dos mecanismos de monitoramento e avaliação.

A atribuição compartilhada das competências de M&A entre os entes federativos, embora alinhada ao modelo cooperativo do SUS, apresenta desafios significativos para sua efetivação. De acordo com Machado, Lima e Baptista⁽²³⁾, a coordenação federativa no M&A de políticas de saúde enfrenta obstáculos relacionados às diferentes capacidades técnicas e administrativas dos entes, às assimetrias de recursos e à complexidade dos arranjos interfederativos. Santos e Giovanella⁽²⁷⁾ destacam que há fragmentação dos sistemas de informação e há heterogeneidade dos indicadores entre municípios e estados e esta questão ganha especial relevância considerando que 30 políticas (60%) atribuem responsabilidades de M&A aos três entes federativos, sem, contudo, especificar mecanismos de coordenação e integração. Viana et al.⁽²⁸⁾ também corroboram que há significativas disparidades entre estados e municípios quanto à disponibilidade de recursos humanos qualificados, infraestrutura tecnológica e instrumentos de gestão necessários para conduzir processos sistemáticos de M&A.

Tabela 1. Distribuição das políticas de saúde da Portaria de Consolidação nº 2, de 2017 (entre 1995 e agosto de 2024).

	Capítulo I - das políticas de saúde					Capítulo II - das políticas de organização da atenção à saúde			Capítulo III - das políticas de organização do SUS	Total
	Seção I - Das Políticas Gerais de Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde	Seção II - Das Políticas de Controle de Doenças e Enfrentamento de Agravos de Saúde	Seção III - Das Políticas Voltadas à Saúde de Segmentos Populacionais	Seção IV - Das Políticas de Promoção da Equidade em Saúde	Subtotal	Seção I - Das Políticas Gerais de Organização da Atenção à Saúde	Seção II - Das Políticas de Atenção a Agravos Específicos	Subtotal		
Período de publicação										
1995-1998	-	-	-	-	-	1	-	1	-	1
1999-2002	2	1	1	-	4	-	-	-	-	4
2003-2006	-	1	1	-	2	4	6	10	2	14
2007-2010	1		2	1	4	1	2	3	2	9
2011-2014	3	1	4	2	10	1	2	3	-	13
2015-2018	1	1	1	1	4	1	-	1	-	5
2019-2022	-	-	1	-	1	-	-	-	1	2
2023-2024	1	-	1	-	2	-	-	-	-	2
Positivção da política na norma										
Descrita em outro documento	-	-	2	-	2	1	-	1	1	4
Descrita em texto na norma	-	1	1	-	2	-	-	-	-	2
Descrita na norma	4	2	4	2	12	4	10	14	2	28
Descrita na norma e em outro documento	2	1	-	-	3	-	-	-	-	3
Descrita na norma e em texto na norma	1	-	4	2	7	3	-	3	2	12
Por lei e não descrita na PCT	1	-	-	-	1	-	-	-	-	1
Presença de M&A explícito na norma										

Não apresenta M&A explícito	2	1	2		5	3	9	1 2	1	1 8
Apresenta M&A em uma categoria	3	2	6	2	1 3	3	1	4	2	1 9
Apresenta M&A em duas categorias	3		2	2	7	2		2	2	1 1
Apresenta M&A em três categorias		1	1		2			0	-	2
Local de descrição de M&A										
Princípio	1	1	-	-	2	1	-	1	-	3
Diretriz	1	2	3	2	8	3	1	4	2	1 4
Objetivo	2	-	2	4	8	8	10	1 8	5	3 1
Eixo operacional Ação Estratégia de organização Componente	3	-	2	2	7	2	1	3	2	1 2
Capítulo específico de M&A	2	1	6	-	9	3	-	3	2	1 4
Definição de competência de M&A										
Não define competência	2	3	3		8	2	3	5	1	1 4
Define como competência única	4	1	8	2	1 5	5	6	1 1	2	2 8
Define competência compartilhada	2			2	4	1	1	2	2	8
Competência de M&A										
Competência comum	5	1	6	4	1 6	4	6	1 0	4	3 0
Assessoramento de órgão colegiado / CTA	3	-	2	2	7	2	1	3	2	1 2
Competência específica	-	-	-	-	-	1	1	2	-	2

Fonte: Elaboração das autoras.

O monitoramento e a avaliação de forma implícita nas políticas de saúde

Na fase de pré-análise, a leitura flutuante dos documentos permitiu identificar, como unidades de registro, todos os trechos que faziam referência a M&A nas políticas analisadas e, na etapa de exploração do material, estas unidades de registro foram posteriormente agrupadas em seis eixos temáticos (Quadro 2). A relação das siglas utilizadas e o nome das políticas correspondente estão relacionadas no anexo 1.

Quadro 2. Formação de eixos temáticos e exemplos de unidades de análise.

Eixo temático	Exemplos das unidades de registro identificadas
1) Aspectos normativos e regulatórios:	PNHOSP: "estabelecer padrões de qualidade de acesso e avaliação dos serviços hospitalares"
	Política Nacional de Sangue: "definir requisitos de controle e garantia de qualidade"
	PNAB: "estabelecer mecanismos de controle, regulação e acompanhamento sistemático"
	Política Nacional de Atenção Cardiovascular: "padronizar os procedimentos de alta complexidade"
	PNAO: "estabelecer critérios técnicos mínimos"
2) Processos de acompanhamento e monitoramento:	PNVS: "desenvolver processo contínuo e sistemático de monitoramento"
	PNPS: "acompanhar e avaliar o desenvolvimento das ações"
	PNAISP: "monitorar e avaliar o desenvolvimento das ações"
	PNAISM: "acompanhar a implementação das estratégias"
	Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa: "monitorar indicadores específicos"
3) Mecanismos de avaliação:	PNAB: "avaliar a qualidade das ações de atenção básica"
	PNM: "avaliar a incorporação e o impacto de novas tecnologias"
	PNVS: "avaliar o impacto das ações desenvolvidas"
	PNPIC: "avaliar as práticas e suas condições de funcionamento"
	PNSIPCFA: "avaliar o acesso das populações às ações e serviços"
4) Instrumentos de gestão e planejamento:	PNHOSP: "desenvolver instrumentos de planejamento e gestão"
	PNIIS: "estabelecer sistemas de avaliação e controle"
	PNEPS: "implementar sistemas de informação e gestão"
	Política Nacional para Prevenção e Controle do Câncer: "desenvolver mecanismos de avaliação de desempenho"
	PNAISC: "estabelecer instrumentos para monitoramento e avaliação da atenção"
5) Responsabilidades e competências:	PNAB: "definir e rever periodicamente diretrizes para organização"
	PNVS: "coordenar o processo de monitoramento"
	PNPS: "articular com os estados a implementação das ações"
	Política Nacional de Saúde Mental: "definir mecanismos de gestão e avaliação"
	PNAISP: "estabelecer critérios e mecanismos de acompanhamento"
6) Sistemas de informação e indicadores:	PNIIS: "garantir a interoperabilidade de sistemas"
	PNVS: "produzir informações qualificadas"
	PNM: "desenvolver sistema de informação para monitoramento"
	PNAB: "desenvolver mecanismos técnicos e estratégias de qualificação"

O primeiro constructo, caracterizado pela padronização de atividades, foco regulatório e qualidade da atenção, está presente em 48% das políticas analisadas. Este constructo enfatiza aspectos normativos e regulatórios, com ênfase na padronização de processos e serviços, estabelecimento de critérios e parâmetros de qualidade, e definição clara de procedimentos e protocolos. Sua presença é mais significativa em políticas de alta complexidade e atenção especializada, como evidenciado nos trechos:

[...] estabelecer padrões de qualidade de acesso e avaliação dos serviços hospitalares (PNHOSP)

[...] definir requisitos de controle e garantia de qualidade dos serviços e produtos (Política Nacional de Sangue)

[...] estabelecer critérios técnicos mínimos para organização e funcionamento dos serviços (PNAO)

O segundo constructo, presente em 54% das políticas, destaca o monitoramento sistemático, contínuo, integrado e a qualidade dos dados. Este constructo enfatiza o acompanhamento contínuo das ações, a integração entre diferentes sistemas de informação e demonstra especial preocupação com a qualidade e confiabilidade dos dados, incluindo a definição de indicadores específicos. Lima, Aguiar e Lui⁽²¹⁾ enfatizam a capacidade de produzir e analisar dados de forma contínua e confiável é condição necessária para qualificar o processo decisório e promover ajustes nas políticas quando necessário. Observa-se uma complementariedade deste constructo com a avaliação baseada em evidências, sugerindo uma complementaridade importante entre estas dimensões, como evidenciado nos trechos:

[...] desenvolver processo contínuo e sistemático de monitoramento dos indicadores de saúde (PNVS)

[...] acompanhar e avaliar o desenvolvimento das ações de forma contínua e sistemática (PNPS)

[...] monitorar indicadores específicos para a população idosa de forma sistemática e contínua (Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa)

O terceiro constructo, identificado em 62% das políticas, concentra-se na avaliação baseada em evidências, gestão orientada por resultados e metas, *accountability* e instrumentos de planejamento. Este constructo é caracterizado pela ênfase em resultados mensuráveis, uso de evidências para tomada de decisão, incorporação de mecanismos de prestação de contas e integração com instrumentos de planejamento. Os aspectos destacados nesse terceiro constructo estão alinhados com a EC 109/2021 que estabelece não apenas a obrigatoriedade do M&A, mas também sua vinculação com o processo orçamentário, reforçando a importância da avaliação baseada em evidências. Esse constructo é mais frequente em políticas recentes ou que passaram por atualizações, como demonstrado nos trechos:

[...] avaliar a incorporação e o impacto de novas tecnologias com base em evidências científicas (PNM)

[...] desenvolver mecanismos de avaliação de desempenho baseados em indicadores (Política Nacional para Prevenção e Controle do Câncer)

[...] implementar sistemas de informação e gestão para monitoramento de resultados (PNEPS)

Por fim, o quarto constructo, relacionado à avaliação *ex-post*, está presente em 68% das políticas analisadas. Este constructo enfatiza a avaliação após a implementação das políticas, incluindo análise de impactos e resultados, verificação do alcance dos objetivos propostos e aprendizagem organizacional. É importante destacar que, embora seja o constructo mais frequente, muitas vezes aparece de forma isolada nas políticas, sugerindo uma possível desarticulação com outros elementos de M&A, como pode ser observado nos trechos:

[...] avaliar o impacto das ações desenvolvidas na situação de saúde da população (PNVS)

[...] avaliar as práticas e suas condições de funcionamento, bem como seus resultados e impactos (PNPIC)

[...] avaliar o acesso das populações às ações e serviços de saúde implementados (PNSIPCFA)

Vale destacar que a Política de Saúde Mental não foi enquadrada em nenhum constructo de M&A. A política é instituída pela Lei nº 10.216/2001 e na Portaria de Consolidação nº 2 há apenas o Regulamento que trata da instituição e da composição do Colegiado Nacional de Coordenadores de Saúde Mental e do Fórum Nacional sobre Saúde Mental da Infância e Juventude. Ainda que a lei represente um marco na proteção dos direitos das pessoas com transtornos mentais e a política estabeleça instâncias colegiadas, não foram identificados mecanismos de monitoramento e avaliação.

A análise por categorias de políticas evidenciou padrões específicos. No Capítulo I, as Políticas Gerais de Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde apresentaram menor incorporação do Constructo 1 (37,5%) e maior presença do Constructo 3 (62,5%), sugerindo uma ênfase na avaliação de resultados em detrimento da padronização de processos. As Políticas de Controle de Doenças demonstraram consistência nos Constructos 2 e 3 (100% em ambos), porém ausência total do Constructo 1. As Políticas Voltadas à Saúde de Segmentos Populacionais e as Políticas de Promoção da Equidade evidenciaram forte presença dos Constructos 2, 3 e 4, com avaliação *ex-post* presente em todas as políticas dessa categoria.

No Capítulo II, as Políticas Gerais de Organização da Atenção à Saúde demonstraram alta incorporação do Constructo 1 (87,5%), porém menor presença do Constructo 2 (25%), indicando uma ênfase em aspectos regulatórios em detrimento do monitoramento sistemático. Já as Políticas de Atenção a Agravos Específicos apresentaram o maior grau de incorporação dos constructos de M&A, com 90% das políticas contemplando todos os quatro constructos, sugerindo uma abordagem mais abrangente e sistematizada do monitoramento e avaliação nesta categoria.

No Capítulo III, referente às Políticas de Organização do SUS, observou-se presença significativa dos Constructos 1 e 3 (60% em ambos), com variação na incorporação dos demais constructos. A avaliação *ex-post* (Constructo 4) foi identificada em 60% das políticas desta categoria.

Quanto à integração dos constructos nas políticas analisadas, identificou-se que 14 políticas (28%) incorporam todos os quatro constructos, 17 políticas (34%) apresentam três constructos, 11

políticas (22%) contemplam dois constructos e oito políticas (16%) apresentam apenas um construto. Esta distribuição sugere diferentes níveis de maturidade no desenvolvimento dos mecanismos de M&A entre as políticas analisadas.

A análise temporal, considerando as atualizações das políticas, indica uma tendência de maior incorporação dos constructos de M&A nas políticas mais recentes, com ênfase particular na avaliação *ex-post*.

Identificaram-se ainda padrões específicos nas diferentes categorias de políticas. As políticas voltadas a agravos específicos e condições de alta complexidade apresentaram maior maturidade nos mecanismos de M&A, enquanto as políticas de promoção da equidade, embora consistentes na incorporação dos Constructos 2, 3 e 4, demonstraram menor presença de elementos de padronização e regulação (Construto 1).

As análises revelaram lacunas importantes na incorporação dos constructos de M&A em determinadas categorias de políticas. Nas políticas de promoção da equidade, observou-se ausência sistemática do Construto 1, indicando uma possível necessidade de fortalecimento dos aspectos regulatórios e de padronização nessas políticas. As políticas organizacionais, por sua vez, apresentaram significativa variabilidade na incorporação do monitoramento sistemático (Construto 2), sugerindo oportunidades de aprimoramento nos mecanismos de acompanhamento contínuo.

Quanto à evolução da maturidade dos mecanismos de M&A, identificou-se um movimento progressivo em direção à maior integralidade dos constructos nas políticas mais recentes ou atualizadas. Esta tendência é particularmente evidente no fortalecimento da avaliação *ex-post* (Construto 4) e na crescente ênfase em evidências e resultados (Construto 3), indicando uma possível influência das práticas contemporâneas de gestão pública baseada em evidências.

Conclusão

A análise das políticas de saúde permitiu identificar características importantes do M&A no SUS. Os resultados mostraram que 36% das políticas não apresentam elementos explícitos de M&A, enquanto nas demais há predomínio de sua incorporação como objetivos (62%). A responsabilidade pelo M&A é majoritariamente compartilhada entre entes federativos (60%), embora 28% das políticas não definam claramente essas competências.

A identificação dos constructos de M&A revelou quatro padrões principais: padronização de atividades e foco regulatório; monitoramento sistemático e qualidade dos dados; avaliação baseada em evidências; e avaliação *ex-post*. A integração desses constructos varia significativamente, com apenas 28% das políticas incorporando todos os quatro elementos.

Quanto à estruturação do M&A nas políticas, observou-se maior maturidade nas políticas de agravos específicos, com 90% contemplando todos os constructos, enquanto políticas mais recentes demonstram tendência à maior integralidade dos mecanismos de M&A.

A análise das políticas de saúde aponta para importantes considerações quanto ao desenvolvimento futuro dos mecanismos de M&A no SUS. Destaca-se a necessidade de revisão periódica das políticas mais antigas para incorporação ou atualização dos elementos de M&A, visando alinhá-las às práticas contemporâneas. Esta atualização é fundamental para garantir que todas as políticas, independentemente de sua data de criação, possuam instrumentos adequados para acompanhamento e avaliação de seus resultados.

Outro aspecto crucial é o desenvolvimento de metodologias específicas de M&A para diferentes tipos de políticas, considerando suas particularidades e objetivos. Esta customização metodológica é especialmente relevante dada a diversidade das políticas de saúde, que abrangem desde ações de promoção e prevenção até serviços de alta complexidade. A definição de metodologias específicas pode contribuir para uma avaliação mais precisa e contextualizada dos resultados alcançados por cada política.

O fortalecimento dos mecanismos de transparência e *accountability* aparecem como elemento essencial para o M&A nas políticas de saúde. A ampliação do acesso às informações sobre o desempenho e os resultados das políticas não apenas atende às exigências legais de transparência, mas também possibilita maior envolvimento e controle social. Este aspecto é particularmente relevante no contexto do SUS, onde a participação social é um princípio fundamental constitucionalmente previsto.

Estas considerações apontam para a necessidade de um processo contínuo de aperfeiçoamento dos mecanismos de M&A, visando não apenas sua atualização técnica, mas também sua efetiva contribuição para a melhoria das políticas de saúde e, conseqüentemente, da atenção à saúde da população.

É importante ressaltar que, como em toda análise qualitativa, este estudo apresenta limitações inerentes à subjetividade do processo interpretativo. Futuras pesquisas poderiam beneficiar-se de uma validação por pares ou de uma triangulação metodológica para reforçar a robustez dos achados.

Conflito de interesses

As autoras declaram que não há conflito de interesses.

Contribuição dos autores

Possolli GT contribuiu para a concepção/desenho do artigo, análise e interpretação de dados, redação do artigo, revisão crítica de seu conteúdo e aprovação da versão final. Lemos ANLE contribuiu para a concepção/desenho do artigo, além de indicações de referências bibliográficas e revisão crítica de seu conteúdo com aprovação da versão final. Alves SMC contribuiu com a revisão crítica de seu conteúdo e aprovação da versão final.

Equipe editorial

Editora científica: Alves SMC
Editor assistente: Cunha JRA
Editores associados: Lamy M, Ramos E
Editor executivo: Teles G
Assistente editorial: Rocha DSS
Revisora de texto: Barcelos M

Referências

1. Bali AS, Capano G, Ramesh M. Anticipating and designing for policy effectiveness. *Policy Soc.* 2019;38(1):1–13. Disponível em: <https://academic.oup.com/policyandsociety/article/38/1/1/6403978>
2. Januzzi PM. Monitoramento e avaliação de programas sociais: uma introdução aos conceitos e técnicas. Campinas, SP: Editora Alínea; 2016.
3. Organização Pan-America de Saúde. Las funciones esenciales de la salud pública en las Américas. Una renovación para el siglo XXI. Marco conceptual y descripción [Internet]. Las funciones esenciales de la salud pública en las Américas. Una renovación para el siglo XXI. Marco conceptual y descripción. Washington, D.C. 2020 [citado em 15 dez 2024]. Disponível em: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/53125/9789275322659_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
4. Almeida LL, Romero LCP, Lima JA de O, Aranha MI. Categorías institucionais das políticas de saúde no Brasil (1990-2017). *Cad Ibero-Americanos Direito Sanitário.* 2017;6(2):78–94. Disponível em: <https://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/view/381>
5. Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, MacInko J. The Brazilian health system: History, advances, and challenges. *Lancet* [Internet]. 2011 [citado em 15 dez

2024]; 377(9779):1778–97. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60054-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60054-8)

6. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF; 1988.

7. Brasil. Tribunal de Contas da União. Referencial básico de governança aplicável a organizações públicas e outros entes jurisdicionados ao TCU. Edição 3. Brasília: TCU, Secretaria de Controle Externo da Administração do Estado – SecexAdministração; 2020. 139 p. Disponível em: <https://btcu.apps.tcu.gov.br/api/obterDocumentoPdf/66327976>

8. Bucci MPD. Direito administrativo e políticas públicas. São Paulo: Saraiva; 2006.

9. Bucci MPD. A abordagem direito e políticas públicas no Brasil: quadros analíticos. Rev Campo Públicas Conex e experiências. 2023;2(1):91–125. Disponível em: https://drive.google.com/file/d/1btPjDfQHj8dzyILUMcQGE_8WAA0xOY7t/view

10. Howlett M, Mukherjee I, Woo JJ. From tools to toolkits in policy design studies: the new design orientation towards policy formulation research. Policy Polit. 2015;43(2):291–311. Disponível em: <https://bristoluniversitypressdigital.com/view/journals/p/43/2/article-p291.xml>

11. Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas. Avaliação de políticas públicas: guia prático de análise ex ante [Internet]. Vol. 1, Casa Civil da Presidência da República. 2018 [citado em 15 dez 2024]. 192 p. Disponível em: https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/livros/livros/181218_avaliacao_de_politicas_publicas_vol2_guia_expost.pdf

12. Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas. Avaliação de Políticas públicas - Guia prático de análise ex post. Ipea [Internet]. 2018;2(1):254. Disponível em: https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/8285/1/Avaliacao_de_politicas_publicas_guia_pratico_de_analise_%20ex_ante.pdf

13. Lima LL, de Aguiar RB, Lui L. Desenho de políticas públicas: análise de robustez das políticas de desenvolvimento das capitais brasileiras. Teor Pesqui Rev Ciência Política. 2022 [citado em 15 dez 2024];31(3):24–49. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/257122>

14. Brasil. Lei Complementar nº 95, de 26 de fevereiro de 1998. Dispõe sobre a elaboração, a redação, a alteração e a consolidação das leis, conforme determina o parágrafo único do art. 59 da Constituição Federal, e estabelece normas para a consolidação dos atos normativos que menciona. Presidência da República, Casa Civil [Internet][citado 17 dez 2024]. Disponível em:

https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/LCP/Lcp95.htm

15. Brasil. Decreto no 12.002, de 22 de abril de 2024. Estabelece normas para elaboração, redação, alteração e consolidação de atos normativos. Presidência da República, Casa Civil[Internet]. 2024 [citado em 17 dez 2024]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2023-2026/2024/Decreto/D12002.htm

16. Santos A de O, Aranha MI, Delduque MC, Alves SMC. Consolidação, simplificação e revisão do arco normativo infralegal da saúde: um projeto, muitas vozes. Brasília, DF: CONASS; 2024. 68 p. Disponível em: <https://www.conass.org.br/biblioteca/suslegis/>

17. Brasil. Ministério da Saúde. Normas Consolidadas Ministério da Saúde[Internet]. 2023 [citado em 17 dez 2024]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/acesso-a-informacao/institucional/legislacao/como-consultar/normas-consolidadas>

18. Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2011. 279 p.

19. Bastian M, Heymann S, Jacomy M. Gephi: An Open Source Software for Exploring and Manipulating Networks Visualization and Exploration of Large Graphs. Proc Thrid Int ICWSM Conf [Internet]. 2009 [citado em 17 dez 2024];361–2. Disponível em: <https://ojs.aaai.org/index.php/ICWSM/article/view/13937/13786>

20. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016. Conselho Nacional de Saúde. [Internet]. 2016 [citado em 17 dez 2024]. p. 10. Disponível em: <https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/acesso-a-informacao/legislacao/resolucoes/2016/resolucao-no-510.pdf>

21. Lima LL, Aguiar RB de, Lui L. Conectando problemas, soluções e expectativas: mapeando a literatura sobre análise do desenho de políticas públicas. Rev Bras Ciência Política. 2021 [citado em 17 dez 2024];(36):1–41. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbcpol/a/4RKq5zQdghKvLck9PBzCCrw/>

22. Lima LL, Lui L, Dias GVRs, Papi LP, Demarco DJ. Planejamento governamental nos municípios brasileiros: em direção a uma agenda de pesquisa. Cad EBAPEBR. 2020 [citado em 17 dez 2024];18(2):323–35. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cebape/a/hGhGbJ85tdnrPkR7dfvQpJx/>

23. Machado CV, de Lima LD, de Faria Baptista TW. Políticas de saúde no Brasil em tempos contraditórios: caminhos e tropeços na construção de um sistema universal. Cad Saude Publica. 2017 [citado em 17 dez 2024];33(Suplement 2):143–61. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/csp/a/HfmStkr5tNJHKCCZW8gQdvz/>

24. Tamaki EM, Tanaka OY, Felisberto E, Alves CK de A, Junior MD, Bezerra LC de A. Metodologia de construção de um painel de indicadores para o monitoramento e a avaliação da gestão do SUS. Cien Saude Colet. 2012 [citado em 17 dez 2024];17(4):839–49. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/5Vd9wFMMtTW3xxNGpzMxWkS/>

25. Aith FMA. Institucionalização normativa de políticas públicas de saúde no Brasil : estudo de caso com o programa nacional de controle da dengue – PNCD. Tempus - Actas Saúde Coletiva. 2013 [citado em 17 dez 2024];7(1):349–366. Disponível em: <https://www.tempus.unb.br/index.php/tempus/article/view/1301>

26. Dallari SG, Aith FMA, Ventura DFL, Guerra LDS, Silva RR, Falcão MZ, et al. A e-democracia sanitária no Brasil : em busca da identificação de atores de

mecanismos virtuais de participação na elaboração de normas de direito sanitário. Saúde Soc. 2016 [citado em 17 dez 2024];25(4):943–9. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/RLK CWQhvtwJF33wp3sPtpGN/?lang=pt>

27. Dos Santos AM, Giovanella L. Gestão do cuidado integral: estudo de caso em região de saúde da Bahia, Brasil. Cad Saúde Pública. 2016 [citado em 17 dez 2024];32(3):1–15. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/Cv8VccfnPcZSq7dsvsqDHhS/>

28. Viana AL d'Ávila, Ferreira MP, Cutrim MA, Fusaro ER, Souza MR De. O Processo de Regionalização no Brasil: influência das dimensões Política , Estrutura e Organização. Rev Bras Saúde Matern Infant. 2017 [citado em 17 dez 2024];17(Supl 1):45–61. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbsmi/a/YVkpKNzP7bb77LW7X4RPnhb/?lang=en>

Como citar

Possolli GT, Lemos ANLE, Alvez SMC. Análise de desenho das políticas de saúde: subsídios para o monitoramento e avaliação. Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário. 2025 jan./mar.;14(1):27-47 <https://doi.org/10.17566/ciads.v14i1.1300>

Copyright

(c) 2025 Glauca Talita Possolli, Amanda Nunes Lopes Espiñeira Lemos, Sandra Mara Campos Alves.



Análise dos problemas vinculados aos padrões de qualidade da atenção primária no Distrito Federal

Analysis of problems associated with the quality standards of primary care in the Federal District

Magda Duarte dos Anjos Scherer^{1,2}, Thaís Alessa Leite^{3,4}, Ricardo Ramos dos Santos⁴, Nília Maria de Brito Lima Prado⁵

DOI: 10.1590/2358-289820241428607P

RESUMO Este artigo analisa os problemas prioritários estabelecidos nos planos de ação da gestão local no âmbito do Programa de Qualificação da Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal – QualisAPS. Trata-se de um estudo descritivo, com abordagem qualitativa, conforme autoavaliações descritas nos Planos de Ação para a Qualidade, elaborados por 100 gestores das Gerências de Serviços de Atenção Primária em 2022. Os resultados demonstraram que, das cinco dimensões do instrumento de autoavaliação da qualidade, a atenção ao usuário e a organização do trabalho são as centrais para a melhoria da Atenção Primária à Saúde. Na análise temática dos problemas, foram identificados nós críticos que sinalizam prioridades de intervenção dos gestores: territorialização; planejamento e monitoramento; comunicação com o usuário; organização do trabalho; estrutura; qualificação dos profissionais; e pandemia. Os resultados demonstram que o processo contínuo de identificação de prioridades é essencial para subsidiar o planejamento em saúde pelos gestores e equipes e que o QualisAPS constitui um acertado passo para fomentar experiências com enfoque de planejamento estratégico em outros sistemas locais.

PALAVRAS-CHAVE Qualidade dos cuidados de saúde. Atenção Primária à Saúde. Estratégia Saúde da Família. Planejamento em saúde. Avaliação em saúde.

ABSTRACT This article analyzes the priority problems established in the local management action plans within the scope of the Federal District's Primary Health Care Qualification Program – QualisPHC. It is a descriptive study, with a qualitative approach, based on the self-assessment described in the Quality Action Plans drawn up by 100 managers of the Primary Health Care Service Departments in 2022. The results showed that of the five dimensions of the quality self-assessment instrument, user care and work organization are the key ones for improving Primary Health Care. In the thematic analysis of the problems, critical nodes were identified that indicate priorities for intervention by managers: territorialization; planning and monitoring; communication with users; work organization; structure; qualification of professionals; and the pandemic. The results show that the continuous process of identifying priorities is essential to support health planning by managers and teams, and the QualisPHC is a good step towards fostering experiences with a strategic planning approach in other local systems.

KEYWORDS Quality of health care. Primary Health Care. Family Health Strategy. Health planning. Health evaluation.

¹Universidade de Brasília (UnB), Faculdade de Ciências da Saúde – Brasília (DF), Brasil. magscherer@hotmail.com

²Conservatoire National des Arts et Métiers (CNAM), Centre de recherche sur le travail et le développement (CRTD) – Paris, França.

³Ministério da Saúde (MS) – Brasília (DF), Brasil.

⁴Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES-DF) – Brasília (DF), Brasil.

⁵Universidade Federal da Bahia (UFBA), Instituto Multidisciplinar em Saúde – Salvador (BA), Brasil.



Introdução

A Atenção Primária à Saúde (APS) caracteriza-se pelo conjunto de ações que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde. Dada a sua importância estratégica, garantir uma APS de qualidade tem sido tema relevante nas questões direcionadas aos sistemas de saúde em vários países^{1,2}. Esse pressuposto ganha força, com base nas evidências de que os sistemas que priorizam as ações primárias, como eixo organizador das práticas sanitárias, alcançam melhores indicadores de saúde, menores custos e maior satisfação dos usuários³.

No Brasil, o reconhecido potencial da APS, por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF) para o redirecionamento do modelo de atenção à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS), colocou no centro das discussões aspectos relacionados com a resolutividade e a capacidade de articulação com os demais níveis de atenção⁴. Tais iniciativas viabilizaram maior aproximação da avaliação dos serviços de saúde no cotidiano da gestão da APS, tendo o território como núcleo organizacional e utilizando-se de extensa gama de indicadores relativos à qualidade dos cuidados de saúde, centrando-se nas preferências e nas necessidades dos usuários^{4,5}.

Facchini, Tomasi e Dilélio⁶, contudo, em ensaio sobre a qualidade da APS no Brasil, destacaram a necessidade de um conjunto de indicadores de qualidade que expressam processos organizacionais e práticas profissionais de cada equipe da ESF na rede de serviços de saúde e na relação com o território. Nesse cenário, dentre as estratégias de maior efetividade para qualificação da APS, destaca-se o planejamento estratégico, em que as equipes realizam a identificação dos problemas de saúde na área de abrangência das unidades, para efetuar a programação local das ações, a fim de estabelecer um plano de intervenção e acompanhamento mediante o monitoramento e a avaliação contínuos⁷.

Em conformidade com a perspectiva supramencionada, e com um contexto de implantação da Política de Atenção Primária à Saúde e estabelecimento da ESF como modelo único da APS^{8,9}, emergiu, no Distrito Federal (DF), a necessidade de qualificação das ações e serviços de saúde como uma questão estratégica. Assim, para fortalecer e institucionalizar a prática, desde 2019, o Programa de Qualificação da Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal (QualisAPS) estrutura de forma participativa a avaliação, monitorando e promovendo a melhoria da APS no DF por meio de ciclos avaliativos contínuos. Estes são organizados em três fases cíclicas, sendo a primeira precedida por um diagnóstico da estrutura das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e por autoavaliação dos processos de trabalho das equipes assistenciais e de gestão local, constituindo um estudo de linha de base¹⁰⁻¹².

O programa fundamenta-se na lógica sistêmica de avaliação como um dispositivo de formação no e pelo trabalho, articulando ações de avaliação das equipes de Saúde da Família (eSF), das equipes de Saúde Bucal (eSB) e das equipes de gestão das UBS, combinando práticas de apoio institucional, de educação permanente e estratégias para fomentar maior empoderamento dos gestores¹³.

O processo avaliativo do QualisAPS baseia-se em padrões de qualidade definidos localmente, construídos por meio de subsídios obtidos em oficinas de trabalho com profissionais de todas as equipes, além de oficinas com membros do Conselho de Saúde do DF e de representantes da sociedade civil organizada. As contribuições recebidas foram analisadas em triangulação com as normativas orientadoras do trabalho na APS e geraram instrumentos de autoavaliação. O primeiro ciclo avaliativo iniciou-se com a elaboração do Plano de Ação para a Qualidade (PAQ), em que as equipes da atenção primária selecionaram problemas prioritários a serem enfrentados, tendo por base os resultados da autoavaliação¹⁰.

Em meio a esse processo, fica evidente a necessidade de estudos que analisem os

problemas mais significativos para as equipes da APS, expressos nos PAQ, haja vista que estudos anteriores^{14,15}, apesar de avaliarem a qualidade da APS no DF, não lograram a análise dos problemas a partir de um processo participativo de elaboração de padrões de qualidade e de priorização das intervenções, tal qual a lógica operacional do programa QualisAPS em curso. Sendo assim, neste artigo, objetiva-se, analisar os problemas prioritários estabelecidos nos planos de ação para a melhoria da qualidade da APS do DF.

Material e métodos

Trata-se de um estudo descritivo, com abordagem qualitativa, realizado em 2022 no DF. Com

população estimada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística¹⁶ de 3.094.325 habitantes, o DF é organizado em 33 Regiões Administrativas (RA), que correspondem a cidades, se comparado aos demais estados da federação brasileira, mas que se distinguem por não terem autonomia como os municípios¹⁷.

A rede de atenção primária é distribuída em sete Regiões de Saúde (RS) compostas pelas 33 RA. No período de realização da pesquisa, contabilizavam 175 UBS, sendo 10 prisionais. As 165 UBS que atendem a população geral funcionam, ao todo, com 100 Gerências de Serviços de Atenção Primária (GSAP), 609 eSF, 286 eSB e 59 equipes do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (eNasf-AB) (tabela 1).

Tabela 1. Quantitativo de UBS, eSF, eSB e equipes das GSAP por Região Administrativa e Região de Saúde no Distrito Federal, 2022

Região de Saúde	Região Administrativa	UBS	eSF	eSB	GSAP
Central	Cruzeiro	2	10	3	2
	Lago Norte	1	4	1	1
	Plano Piloto	5	24	5	4
	Varjão	1	3	1	1
	Total	9	41	10	8
Centro-sul	Candangolândia	1	5	2	1
	Guará	5	23	11	4
	Núcleo Bandeirante	2	7	3	1
	Park Way	1	1	1	0
	Riacho Fundo I	2	10	4	2
	Riacho Fundo II	5	16	4	2
	Scia/Estrutural	2	12	6	1
	Total	18	74	31	11
Norte	Fercal	3	4	3	1
	Planaltina	20	48	20	9
	Sobradinho	6	24	14	3
	Sobradinho II	7	21	11	3
	Total	36	97	48	16
Oeste	Brazlândia	9	16	8	3
	Ceilândia	18	80	36	18
	Total	27	96	44	21

Tabela 1. Quantitativo de UBS, eSF, eSB e equipes das GSAP por Região Administrativa e Região de Saúde no Distrito Federal, 2022

Região de Saúde	Região Administrativa	UBS	eSF	eSB	GSAP
Sudoeste	Águas Claras	2	7	4	1
	Recanto das Emas	9	36	21	5
	Samambaia	13	60	37	9
	Taguatinga	7	49	21	7
	Vicente Pires	1	8	3	1
	Total	32	160	86	23
Sul	Gama	10	39	20	7
	Santa Maria	8	28	14	5
	Total	18	67	34	12
Total		165	603	286	100

Fonte: elaboração própria com base em dados da pesquisa.

Cada UBS do DF é gerida por um Gerente de Serviços de Atenção Primária e por um Supervisor de Serviços de APS. Em alguns cenários, um mesmo gerente é responsável por mais de uma UBS.

Para analisar as prioridades para a melhoria da APS do DF, foram coletados dados dos PAQ, elaborados de dezembro de 2021 a março de 2022 por 100 gestores das GSAP das 7 RS, responsáveis por gerenciar as 165 UBS. Os dados estão disponíveis na Plataforma QualisAPS¹⁸, ferramenta criada para que as equipes de APS pudessem responder aos

instrumentos de autoavaliação, monitorar o desenvolvimento da autoavaliação, bem como realizar a elaboração e acompanhamento do PAQ.

Para este estudo, foram extraídos do banco de dados da Plataforma QualisAPS¹⁸, em cada região de saúde, os quatro principais padrões de qualidade incluídos no PAQ dos gestores durante o primeiro ciclo avaliativo, que expressam os problemas a serem enfrentados, conforme resultados da autoavaliação orientada por instrumento que continha 36 padrões (*tabela 2*).

Tabela 2. Padrões de qualidade por dimensão e subdimensão – instrumento de autoavaliação das GSAP

Dimensões	Dimensões	Nº de padrões
Atenção ao usuário	Acesso	2
	Atenção Integral	3
	Educação e Comunicação em Saúde	1
	Participação e Controle Social	3
Estrutura	Estrutura Física e Equipamentos	2
	Materiais, Insumos e Medicamentos	2
Gestão do trabalho	Força de trabalho	3
	Qualificação e Educação Permanente	2
Organização da rede de atenção	Integração da Rede	5
	Integração Ensino-Serviço	2
Organização do trabalho	Ações no território	3
	Planejamento, Monitoramento e Avaliação	8

Fonte: Cadernos QualisAPS¹⁰.

A seleção dos padrões para o PAQ obedecia aos seguintes critérios: inclusão de, pelo menos, quatro padrões, sendo dois classificados com grau I (áreas prioritárias para a qualidade da APS) e associados aos indicadores dos Acordos de Gestão Local (AGL), e outros dois de livre escolha, considerando critérios de baixo cumprimento, especificidades do território, magnitude do problema diante das demandas da população, repercussão na qualidade do atendimento ao usuário, governabilidade da equipe na execução das ações a serem propostas. Em situações em que mais de um padrão foi contemplado em quarto lugar, optou-se pela inclusão de todos.

Na sequência, nas sete RS, para cada um dos padrões selecionados, localizaram-se os problemas a serem objeto de intervenção, descritos pelos gestores. Considera-se que um problema é algo fora dos padrões de normalidade, definido a partir do conhecimento, do interesse e da capacidade de agir do ator social que analisou a situação, ou seja, ele é sempre situacional¹⁹.

Observou-se que, em muitos casos, os participantes, ao invés de descrever um problema, repetiam a redação do padrão de qualidade ou descreviam causas ou consequências, as quais foram excluídas da análise.

Nesse sentido, submetidos à análise de conteúdo proposta por Bardin²⁰, os problemas passaram pelos procedimentos de leitura fluente, interpretação, identificação de temas, agrupamento segundo critério semântico e categorização de acordo com o que emergiu da análise.

Na etapa posterior, os problemas foram organizados conforme a presença em cada padrão, segundo região de saúde, possibilitando a comparação entre as regiões. Em seguida, para identificar as prioridades estabelecidas nos planos de ação, realizou-se análise transversal dos problemas identificados em todos os padrões selecionando aqueles que se repetem, constituindo nós críticos, ou seja, seleção dos problemas cruciais (subproblemas que, se alterados, modificam os problemas) e

que explicam a problemática²¹. Os nós críticos foram sistematizados, *a posteriori*, em seis categorias temáticas, indicando as prioridades de ação para a melhoria da APS no DF: territorialização; planejamento e monitoramento; comunicação com o usuário; organização do trabalho; estrutura das UBS; qualificação dos profissionais; e pandemia.

O presente estudo é fruto de colaboração entre profissionais da área técnica e da gestão da Secretaria de Estado da Saúde do Distrito Federal (SES-DF) e de pesquisadores da Universidade de Brasília. Outrossim, foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, sob o Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE) nº 29640120.6.0000.0030 e parecer nº 5.396.127, tendo respeitado todos os preceitos éticos para pesquisas com seres humanos, em conformidade com que define o Conselho Nacional de Saúde por intermédio das Resoluções nº 466, de 12 de dezembro de 2012, e nº 510, de 7 de abril de 2016.

Resultados

Os resultados obtidos dos PAQ das GSAP mostram que, das cinco dimensões do instrumento de autoavaliação da qualidade da APS (tabela 2), a atenção ao usuário e a organização do trabalho são as que abrigam os problemas prioritários a serem enfrentados pelos gestores nas RS para a melhoria da APS.

Na dimensão atenção ao usuário, o padrão ‘a equipe de gestão disponibiliza informações sobre o funcionamento da UBS de forma clara e acessível à população’ foi selecionado por seis das sete RS, enquanto ‘a equipe estabelece parâmetros para organização da agenda de demandas programada e espontânea’ foi escolhido por quatro regiões. Ainda nessa dimensão, os gestores de três regiões incluíram nos seus PAQ o padrão ‘a equipe de gestão promove a realização de Práticas Integrativas em Saúde (PIS) na APS’.

O *quadro 1* apresenta os problemas referentes a cada padrão da dimensão atenção ao usuário, descritos pelos gestores, destacando-se: a falta de materiais e mapas informativos, de atualização e uniformidade das informações, de definição de fluxos nas UBS e de ações de educação em saúde; a priorização da demanda espontânea, as dificuldades

para organizar a demanda programada e o agendamento, as fragilidades do cadastro da população, além da subutilização de horários estendidos nas UBS; a desmobilização das atividades coletivas pela pandemia; a falta de espaço físico e materiais; as deficiências na qualificação dos profissionais da gestão e assistência.

Quadro 1. Problemas elencados por Região de Saúde de acordo com o padrão segundo a dimensão atenção ao usuário do instrumento de autoavaliação das gerências da APS e padrões priorizados por cada região, Brasília-DF, 2022

RS	Padrão	Problemas
Central	Disponibilização de informações sobre o funcionamento da UBS	Sobrecarga do serviço de saúde; enfoque nas ações da pandemia; falta informação atualizada; modo de funcionamento não padronizado; divergência de informações; comunicação inadequada com a população.
Centro-Sul	Parâmetros para organização de agenda	Fragilidades dos cadastros; dificuldade de agendamento de cuidado programado; falta de otimização do atendimento em horários alternativos.
	Disponibilização de informações sobre o funcionamento da UBS	Falta de clareza das informações; falta de materiais; sobrecarga do serviço de saúde.
Leste	Parâmetros para organização de agenda	Demanda programada reprimida pela pandemia; dificuldade de controle das agendas pelos gestores; absenteísmo profissional.
	Realização de práticas integrativas em saúde na APS	Espaço físico inadequado; necessidade de educação permanente voltados para a práticas integrativas.
	Disponibilização de informações sobre o funcionamento da UBS	Descontinuidade de reuniões com lideranças locais; espaço físico inadequado; comunicação inadequada; déficit de recursos humanos.
Norte	Parâmetros para organização de agenda	Alta demanda espontânea; parâmetros voltados para a pandemia; dificuldade de organizar a agenda de atendimento nos casos de ausências programadas ou imprevistas dos profissionais.
	Realização de práticas integrativas em saúde na APS	Desmobilização de atividades coletivas na pandemia; espaço físico inadequado para a PIS; gestores não qualificados para o fomento ou valorização das PIS na APS; profissionais sem conhecimentos específicos em PIS; dificuldade de horário protegido na agenda para realização das PIS; desinteresse dos profissionais por capacitações nessa temática.
	Disponibilização de informações sobre o funcionamento da UBS	Enfoque nas ações sobre pandemia, descontinuando algumas ofertas; ausência de informações atualizadas sobre os serviços disponíveis na UBS; sobrecarga do serviço de saúde.
Oeste	Realização de práticas integrativas em saúde na APS	Falta de materiais necessários para o desenvolvimento das PIS; ausência de recursos financeiros; ausência de clareza das informações; déficit de recursos humanos; espaço físico inadequado
	Disponibilização de informações sobre o funcionamento da UBS	não identificado.
Sudoeste	Disponibilização de informações sobre o funcionamento da UBS	Ausência de mapas de territorialização nas UBS; ausência de reterritorialização; ausência de informações atualizadas; falta de uniformidade de informações; inconsistências de informações no site da SES-DF; ausência de ações de educação em saúde.

Quadro 1. Problemas elencados por Região de Saúde de acordo com o padrão segundo a dimensão atenção ao usuário do instrumento de autoavaliação das gerências da APS e padrões priorizados por cada região, Brasília-DF, 2022

RS	Padrão	Problemas
Sul	Parâmetros para organização de agenda	Não inclusão de ações PIS na organização da agenda da equipe/profissional; receio de retomar atividades coletivas; sobrecarga de trabalho dos profissionais.
	Disponibilização de informações sobre o funcionamento da UBS	Falta de materiais para a realização de atividades no serviço; informações desatualizadas sobrecarga do serviço de saúde; absenteísmo profissional.

Fonte: elaboração própria com base no Banco de dados QualisAPS¹⁸.

Na dimensão organização do trabalho, o padrão ‘a equipe dispõe de diagnóstico situacional do território’ foi incluído no PAQ pelos gestores das sete RS; ‘a equipe de gestão monitora e avalia os indicadores previstos nos AGL’ foi selecionado em seis RS; ‘a equipe de gestão estabelece mecanismos de planejamento, monitoramento e avaliação das ações desenvolvidas na APS’ foi incluído em três; e o padrão ‘a equipe de gestão implementa diretrizes, protocolos e fluxos para orientação dos processos de trabalho das equipes da UBS’, em duas RS.

O quadro 2 mostra os problemas, referentes a cada padrão da dimensão organização do trabalho, descritos pelos gestores, tais como: o baixo percentual de cadastros da população; o déficit de recursos humanos e o

desvio de função (principalmente dos Agentes Comunitários de Saúde – ACS); as dificuldades de acesso ao território; o uso inadequado dos sistemas de informação; a existência de população flutuante e de territórios maiores que o preconizado. Também foram citadas a falta de ações de educação permanente, a sobrecarga dos profissionais, a dificuldade de priorização do tema monitoramento e planejamento e de garantia de reuniões de equipe para discussão de dados, bem como de acesso aos sistemas de informação, em um contexto de restrições de diversas ordens durante a pandemia. Além disso, foram destacados a baixa adesão de profissionais a protocolos, a não padronização de fluxos e processos de trabalho e o déficit de recursos humanos.

Quadro 2. Problemas elencados por Região de Saúde de acordo com o padrão segundo a dimensão organização do trabalho do instrumento de autoavaliação das gerências da APS e padrões priorizados por cada região, Brasília-DF, 2022

RS	Padrão	Problemas
Central	Diagnóstico situacional	Déficit de cadastros; absenteísmo; inconsistência de cadastros; sobrecarga; falta de identificação institucional do ACS; déficit de recursos humanos; instabilidade do e-SUS; dificuldade de cadastro de população flutuante; desatualização de mapas de; déficit de ACS.
	Monitora e avalia os indicadores previstos nos AGL	Lentidão do e-SUS; falta de educação permanente cadastro; absenteísmo; sobrecarga; falta de planejamento; baixa qualidade dos registros; instabilidade do e-sus; falta de educação permanente cadastro; cadastros inconsistentes; dificuldade de cadastro população flutuante.
Centro-Sul	Diagnóstico situacional	Déficit de cadastros; cadastros incompletos e inconsistentes; necessidade de educação permanente cadastro; falta de cadastro por não realização de visitas; rotatividade de moradores; falta de transporte para cadastramento dos usuários; cadastro desatualizado; déficit de cadastros; cadastro inconsistente; falta de priorização da territorialização pela equipe; território de difícil acesso.

Quadro 2. Problemas elencados por Região de Saúde de acordo com o padrão segundo a dimensão organização do trabalho do instrumento de autoavaliação das gerências da APS e padrões priorizados por cada região, Brasília-DF, 2022

RS	Padrão	Problemas
Leste	Monitora e avalia os indicadores previstos nos AGL	Demanda espontânea sem vinculação com a equipe; ausência de horário protegido para análise de dados; ausência de instrumento para análise de dados; dificuldade de acesso aos relatórios do e-SUS; gestores não priorizam indicadores; flutuação de usuários no território.
	Estabelecimento de mecanismos de planejamento, monitoramento e avaliação	Internet e funcionamento dos computadores instáveis; sobrecarga com atividades administrativas; inexistência de horário para colegiado gestor das unidades; falta de preparo da gestão; dificuldade de acompanhar junto às equipes; profissionais não priorizam avaliação de indicadores; sobrecarga do gestor; falta de treinamento para uso do e-sus; dificuldade de acesso ao território.
Norte	Diagnóstico situacional	Baixo percentual de cadastros; dificuldade de cadastramento na pandemia; dificuldade de coleta e atualização de dados na pandemia; modificações de prioridades em função da pandemia; déficit recursos humanos; déficit de ACS; dificuldade de acesso ao território; sobrecarga dos profissionais; inconsistências nos registros no e-sus; falta de informações sobre o território.
	Monitora e avalia os indicadores previstos nos AGL	Falta de educação permanente cadastro; absenteísmo; sobrecarga; desatualização de dados; falta de planejamento; baixa qualidade dos registros; instabilidade do e-sus; dificuldade de cadastro de população flutuante.
	Implementação de diretrizes, protocolos e fluxos para orientação dos processos de trabalho	Baixa adesão ao protocolo demanda espontânea; deficiência de acolhimento; enfoque nas ações da pandemia; sobrecarga; rotatividade de gestores.
Oeste	Diagnóstico situacional	Necessidade de educação permanente; baixa qualidade dos registros; dificuldade de acesso ao território e de cadastro; dificuldade de cadastro devido população flutuante; indisponibilidade de dados; fragilidade dos cadastros; não priorização de análise situacional; território de difícil acesso.
	Monitora e avalia os indicadores previstos nos AGL	Sobrecarga; gestores e profissionais não priorizam avaliação dos indicadores; dificuldades para sistematizar dados sistema de informação; gestores não qualificados.
	Estabelecimento de mecanismos de planejamento, monitoramento e avaliação	Não priorização de indicadores; dificuldades para realizar reunião de equipe.
Sudoeste	Diagnóstico situacional	Cadastro inconcluso; déficit de cadastro; desinteresse das equipes; reterritorialização; déficit de recursos humanos/ACS; desvio de atribuições ACS; não cumprimento de ações por ACS e coordenadores das equipes; uso inadequado dos sistemas de informação.
	Monitora e avalia os indicadores previstos nos AGL	Dificuldade para realizar reuniões de equipe; ausência de educação permanente; sobrecarga gestores; instabilidade de sistemas (e-SUS, Sisab, Auxílio Brasil e e-Gestor); dificuldade no acesso aos dados; inexistência de plano de ação.
	Estabelecimento de mecanismos de planejamento, monitoramento e avaliação	Dificuldade para priorizar planejamento e monitoramento dos dados; dificuldade para acompanhar cadastramento; desconhecimento das equipes acerca do número de cadastros; baixo conhecimento do território; inexistência de ações de planejamento, monitoramento e avaliação; falta de recursos materiais; falta de planejamento integrado entre equipes; dificuldade em ajustar inconsistências cadastros; falta de recursos estruturais para monitoramento dos dados; dificuldade de aperfeiçoamento das ferramentas de gestão local.
	Implementação de diretrizes, protocolos e fluxos para orientação dos processos de trabalho	Educação permanente conhecimento de informática; déficit recursos humanos; inconsistências de cadastros; sobrecarga gestores; falta de recursos materiais; falta de engajamento; diferentes modos de trabalho das equipes; fluxos e processos de trabalho sem padronização técnica; resistência a mudanças operacionais.

Quadro 2. Problemas elencados por Região de Saúde de acordo com o padrão segundo a dimensão organização do trabalho do instrumento de autoavaliação das gerências da APS e padrões priorizados por cada região, Brasília-DF, 2022

RS	Padrão	Problemas
Sul	Diagnóstico situacional	Área de abrangência maior do que o preconizado; déficit de ACS; desconhecimento da equipe; falta de informações sobre o território; dificuldade inserção registros no e-sus; déficit de recursos humanos desvio de função de ACS; mudança de território adstrito.
	Monitora e avalia os indicadores previstos nos AGL	Sobrecarga; déficit de recursos humanos; despreparo da gestão; dificuldade de acompanhamento das equipes pela gestão.

Fonte: elaboração própria com base no Banco de dados QualisAPS¹⁸.

Na análise transversal dos problemas identificados em todos os padrões das dimensões selecionadas pelos gestores no conjunto das RS, identificaram-se os ‘nós críticos’ que são descritos a seguir, segundo agrupamento temático.

Territorialização

Aspectos relacionados com a territorialização da atenção primária foram citados pelos gestores como fundamentais para organização e prestação dos serviços na APS. A baixa cobertura da população cadastrada, os cadastros inconsistentes ou desatualizados resultam na dificuldade de dispor de informações atualizadas do território de maneira a possibilitar que as equipes tenham diagnósticos que orientem a atenção à saúde da sua população.

Planejamento e monitoramento

A situação em relação à territorialização traz fragilidades para efetivar o planejamento e o monitoramento das ações, evidenciadas pela dificuldade de acessar informações estratégicas, bem como de dispor de técnicas para análise de dados e do conhecimento dos profissionais para manejá-las.

Comunicação com o usuário

A comunicação insuficiente com o usuário figura como aspecto restritivo ao acesso aos

serviços, assim como passa a ser temática prioritária nos PAQ dos gestores realizados em 2022. Destaca-se o fato de os profissionais não terem clareza sobre quais informações fornecer, a falta de informação atualizada e de materiais de apoio sobre os serviços existentes que possam facilitar a divulgação, e a descontinuidade das reuniões das equipes com lideranças locais.

Organização do trabalho

Observa-se que os gestores do DF dão enfoque aos problemas relacionados com a organização do trabalho das equipes da gestão e da assistência. A alta demanda por atendimento e a sobrecarga restringem a atuação dos profissionais. Foram citados ainda aspectos dificultadores relativos a desvios de função dos ACS, dificuldades para acessar o território da UBS tendo em vista as distâncias, a presença de população flutuante ou a ausência de moradores nas residências, assim como a falta de horário protegido das equipes para realizar reuniões.

Estrutura das Unidades Básicas de Saúde

Quanto à estrutura das UBS, no que diz respeito aos recursos físicos, organizacionais e humanos existentes nos serviços de saúde, os gestores referem: deficiências na gestão de equipamentos (com destaque para

computadores e conectividade) e de insumos e materiais; infraestrutura física inadequada; ausência de transporte para deslocamento no território; e falta de recursos humanos, sobretudo dos ACS, além do problema do absenteísmo.

Qualificação dos profissionais

Entre os problemas que impactam na qualidade dos serviços de saúde, o insuficiente investimento na qualificação dos profissionais, especificamente no que se refere a poucas iniciativas de educação permanente, segundo os gestores, resulta no conhecimento limitado sobre atenção primária e na baixa adesão ao modelo da ESF, assim como no uso do prontuário eletrônico e-SUS APS.

Pandemia

Quanto aos fatores externos, apesar de referido em menor número, o cenário de enfrentamento da pandemia da covid-19 foi correlacionado com modificações de prioridades dos serviços ofertados na APS e com certa descontinuidade de ações, especialmente referentes à organização e implementação de atividades coletivas em educação em saúde, à coleta de dados e à atualização de cadastros dos usuários adstritos.

Discussão

Os resultados do presente estudo, por meio do que foi expresso pelos gestores nos seus planos de ação, sinalizam prioridades de intervenção nas dimensões de atenção ao usuário e de organização do trabalho para a melhoria da qualidade da APS do DF. Nessas dimensões, são apontados problemas a serem enfrentados no que diz respeito, sobretudo, à territorialização, ao planejamento e monitoramento das ações, à disponibilização de informações e comunicação com os usuários, à organização do processo de trabalho e qualificação dos profissionais, assim como no componente estrutural das

UBS. Problemas decorrentes da pandemia da covid-19 aparecem como transversais a todo o processo.

A baixa cobertura da população cadastrada, os cadastros inconsistentes ou desatualizados resultam na dificuldade de dispor de informações atualizadas do território de maneira a possibilitar que as equipes tenham diagnósticos que orientem a atenção à saúde da sua população. No período de realização da pesquisa, a APS no DF dispunha de 955 ACS, correspondendo a menos de um agente por eSF, o que representa um quantitativo muito inferior ao preconizado pelas normativas da APS nacional e distrital, com implicações, consequentemente, para o planejamento de ações e serviços a serem ofertados pelas equipes e organização dos fluxos das Redes de Atenção à Saúde.

A atenção territorializada por equipes de APS no SUS constitui um aspecto central para o reordenamento assistencial baseado na ESF, entretanto, é um aspecto apontado como frágil ou inexistente pelas equipes do DF no que se refere à definição do limite político-administrativo, seja devido a um incipiente planejamento territorial, seja por dificuldades para acessar territórios geograficamente distantes ou permeados por condições sociais específicas.

Trata-se de um problema recorrente, que se desdobra em dificuldades organizacionais, como no cadastramento das famílias e indivíduos e na análise sociodemográfica, e em dificuldades assistenciais, como a baixa capacidade de resposta adequada aos problemas de saúde da população²² limitando o enfrentamento das iniquidades sociais em territórios vulneráveis²³, com prejuízos à abordagem comunitária, particularmente, a visita domiciliar e a articulação com ações intersetoriais, a exemplo do Programa Bolsa Família e do Programa Saúde na Escola²⁴.

Em âmbito nacional, a estratégia e-SUS APS estrutura a coleta e a disponibilização de dados da APS com o objetivo de qualificar a gestão do cuidado e da informação. O DF implantou tardiamente o Prontuário Eletrônico

do Cidadão (PEC) do e-SUS APS, no ano de 2018, e desencadeou um processo de formação de multiplicadores para configuração e uso do prontuário, a partir das estratégias de planejamento, monitoramento e avaliação²⁵.

As dificuldades operacionais mencionadas pelos gestores corroboram outros estudos²⁶⁻²⁸ ao desvelarem demandas relativas ao manuseio das ferramentas digitais, como o prontuário eletrônico, assim como erros no preenchimento do sistema e para atualização de dados, com consequente perda de dados de pacientes, e aspectos estruturais relativos à infraestrutura tecnológica nas UBS, computadores danificados, falta de suporte técnico e treinamento/educação continuada dos profissionais de saúde.

Outro ponto que merece destaque é a comunicação e a disseminação de informações, ferramentas importantes no contexto da ESF, uma vez que proporcionam às eSF, a seus profissionais e à população assistidas meios para melhorar a assistência à saúde e aprimorar a vigilância epidemiológica e seus indicadores²⁹. É imprescindível o conhecimento de todos os profissionais das eSF para utilizar o conjunto de dados estruturados pelos sistemas de informação em saúde, a fim de traçar estratégias, definir metas e identificar intervenções que se fizerem necessárias na atenção da população das suas respectivas áreas de cobertura, bem como para avaliar o resultado do trabalho desenvolvido pela equipe³⁰. Essas condições confirmam a falta de segurança, a confiabilidade e a fragilidade no apoio à decisão, prejudicando a atenção/atendimento ao usuário e dificultando a atuação de profissionais e gestores.

No que concerne ao domínio dos dados e à produção das informações, as lacunas identificadas podem estar associadas aos problemas na comunicação com os usuários. Nesse sentido, a falta de interação com as lideranças locais, associada às informações desatualizadas ou inadequadas, pode afetar diretamente os atributos essenciais da APS.

Entre as diversas ferramentas disponíveis para aprimorar a comunicação no âmbito da APS, o aplicativo WhatsApp® é um dos meios

mais utilizados para levar informação às equipes e à população. No âmbito da SES-DF, é comum que as GSAP criem grupos para divulgar as mais diversas informações e os assuntos de interesse das eSF. Há ainda algumas UBS que utilizam o aplicativo para comunicação direta com a comunidade, quer seja para informações gerais dos serviços ofertados pela Unidade, quer seja como canal de divulgação de conteúdo técnico/científico³⁰⁻³².

Nessa relação com os usuários, um problema recorrente para a organização do trabalho tem sido o desvio de função do ACS, bem descrito em estudos^{33,34} que tratam da importância desse profissional para a existência da ESF, não sendo exclusividade do DF. Há crescente burocratização do seu trabalho, muito voltado ao preenchimento de formulários e coleta de dados, distanciando o ACS da sua atuação comunitária^{34,35}. Segundo Santos et al.³⁶, o ACS é visto como um trabalhador polivalente, com definição pouco clara das suas atribuições, sendo que, muitas vezes, a própria equipe as desconhece, o que é associado à pouca valorização da sua atuação, gerando desmotivação no trabalhador.

Com relação às questões estruturais da APS, de acordo com os gestores locais, a estrutura física das UBS e os transportes inadequados, as dificuldades de gestão de equipamentos, materiais e insumos e a existência de equipes incompletas ou o alto absenteísmo profissional figuram também entre os principais problemas levantados. A estrutura refere-se aos recursos físicos, organizacionais e humanos existentes nos serviços de saúde. Assim, preconiza-se adequar-se ao amplo escopo de atuação das equipes de APS, para o desempenho profissional eficiente, satisfação dos usuários e melhor qualidade e resultados em saúde³⁷.

No âmbito normativo, tanto a Política de Atenção Primária do DF³⁸ quanto a Política Nacional de Atenção Básica³⁹ estabelecem as diretrizes para a garantia da infraestrutura adequada e com boas condições para o funcionamento das UBS. Entretanto, os resultados da tipologia de estrutura das UBS do DF

revelam que, das 157 UBS avaliadas de acordo com tipos de equipe, elenco de profissionais, serviços disponíveis, estrutura física, insumos e equipamentos de Tecnologia da Informação e Comunicação (TIC), apenas 1,9% atingiram classificação máxima, tipo A, o que corresponde a 3 UBS. As demais foram classificadas em tipo B (33,8%), tipo C (33,1%), tipo D (19,1%) e tipo E (12,1%)⁴⁰. Esse estudo evidenciou as diferenças de distribuição de tipos de UBS nas RS, sendo que as menores notas foram atribuídas às dimensões serviços disponíveis e tipos de equipes.

Quanto ao problema da sobrecarga dos profissionais, um dos nós críticos mais citados, os gerentes se referem apenas à alta demanda por atendimento, no entanto, a literatura destaca como aspectos relacionados com isso as condições precárias de trabalho, as dificuldades nas relações interpessoais no seio da equipe assistencial e dessa com a equipe de gestão, assim como a atuação em áreas de grande vulnerabilidade social e riscos de violência¹⁰.

Os resultados deste estudo evidenciam que a capacitação e a educação permanente dos profissionais são um nó crítico que perpassa todos os agrupamentos temáticos analisados até aqui, a exemplo do uso inadequado do e-SUS APS, no que se refere tanto ao planejamento e monitoramento quanto à comunicação com o usuário. Nesse contexto, ressalta-se que, além da presença de profissionais na composição das equipes, a formação e a qualificação destes voltadas às especificidades da APS, que os aproximem cada vez mais das necessidades da comunidade, assim como o tempo de permanência na equipe, associam-se a melhores resultados⁴¹.

Os gestores sinalizam a necessidade de ampliar o conhecimento dos profissionais sobre a APS visando à adesão ao modelo de saúde da família. Todavia, é preciso ter cuidado para não fazer uma associação linear de causa e efeito, tendo em vista que outros aspectos, tais como os valores das pessoas, a experiência de trabalho na APS, a existência de gestão democrática e de espaços que permitam a

criatividade, concorrerão para maior ou menor adesão a um projeto coletivo.

A literatura relata dificuldades para efetivar a Educação Permanente em Saúde (EPS), os quais estão relacionadas com falta de recursos, desalinhamento conceitual, rotatividade de gestores, fragmentação das áreas que compõem a gestão de recursos humanos, desconhecimento e burocracia na execução das ações, mesmo muitas vezes havendo recursos financeiros. Seriam facilitadores dos processos de EPS: a existência de ações regionalizadas, os espaços colegiados envolvendo os trabalhadores e o estabelecimento de convergências entre as áreas de educação e a do trabalho⁴².

Cabe destacar o absenteísmo profissional que se caracteriza como importante problema nos serviços de saúde, sendo também apontado pelos gestores do DF – e ainda, localizar essa questão no contexto pandêmico, em que estudos demonstraram impacto nos motivos e na duração dos afastamentos⁴³. Ademais, somam-se mudanças ao processo de trabalho, com a inclusão de tecnologias digitais, especialmente para ofertar o monitoramento dos casos nos territórios e se adequar às medidas de distanciamento físico, assim como para garantir a continuidade dos atendimentos e do acompanhamento individual e familiar.

O cenário pandêmico foi destacado nos registros dos gestores quanto às dificuldades para a continuidade de atividades rotineiras na APS, tais como das atividades coletivas de educação em saúde e cuidado às pessoas com doenças crônicas não transmissíveis, resultado encontrado em outros estudos^{44,45}, com repercussões para o planejamento das ações de saúde.

Considerações finais

Os achados do presente estudo demonstram a existência, no DF, de um movimento potencializador de processos de planejamento e monitoramento das ações e serviços ofertados pela APS. Entretanto, as fragilidades na formulação dos problemas sinalizam a necessidade de

apoio da gestão central aos gestores locais para qualificar ainda mais os seus planos de ação.

Nesse contexto, como limitação do estudo, podem ser apontados problemas que não foram devidamente explicitados pelos gestores nos planos de ação, e que, pela ausência de dados, não puderam ser analisados. Além disso, este estudo se limitou a um recorte específico do cenário pesquisado, evidenciando assim os desafios do processo de trabalho inscritos em um contexto singular e baseado apenas na ótica dos gestores.

A experiência de planejamento analisada neste manuscrito pode direcionar

contribuições acerca de elementos importantes para suscitar o fortalecimento do planejamento e da avaliação não apenas no DF como também em outros sistemas locais de saúde.

Colaboradores

Scherer MDA (0000-0002-1465-7949)*, Leite TA (0000-0001-9307-4807)*, Santos RR (0000-0003-1202-3579)* e Prado NMBL (0000-0001-8243-5662)* contribuíram igualmente para a elaboração do manuscrito. ■

Referências

1. Pandhi N, Kraft S, Berkson S, et al. Building quality-ready primary care teams: a mixed methods assessment and lessons learned from implementing a microsystems approach. *BMC Health Serv Res*. 2018;18(1):847. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3650-4>
2. Macinko J, Harris MJ, DPhil MBBS, et al. Brazil's National Program for Improving Primary Care Access and Quality (PMAQ): Fulfilling the Potential of the World's Largest Payment for Performance System in Primary Care. *J Ambul Care Manage*. 2017;40(supl2):4-11. DOI: <https://doi.org/10.1097/jac.0000000000000189>
3. Champagne F, Contandriopoulos AP, Tanon A, et al. Utilizar a avaliação. In: Brousselle A, Contandriopoulos AP, Hartz Z, et al., organizadores. *Avaliação: conceitos e métodos*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz; 2016. p. 242-261.
4. Tomasi E, Nedel FB, Barbosa ACQ. Avaliação, Monitoramento e Melhoria da Qualidade na APS. *Rev APS*. 2021;3(2):131-143. DOI: <https://doi.org/10.14295/aps.v3i2.208>
5. Ramos M, Brandão AL, Graever L, et al. Melhoria contínua da qualidade: uma análise pela perspectiva dos profissionais das equipes de atenção primária à saúde do município do Rio de Janeiro. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2023;16(43):2736. DOI: [https://doi.org/10.5712/rbmfc16\(43\)2736](https://doi.org/10.5712/rbmfc16(43)2736)
6. Facchini LA, Tomasi E, Dilélio AS. Qualidade da Atenção Primária à Saúde no Brasil: avanços, desafios e perspectivas. *Saúde debate*. 2018;42(esp1):208-223. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S114>
7. Ribeiro LA, Scatena JH. A avaliação da atenção primária à saúde no contexto brasileiro: uma análise da produção científica entre 2007 e 2017. *Saude Soc*. 2019;28(2):95-110. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902019180884>
8. Secretaria de Estado de Saúde (DF). Portaria nº 78, de 14 de fevereiro de 2017. Regulamenta o art. 51 da

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

- Portaria nº 77, de 2017, para disciplinar o processo de conversão da Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal ao modelo da Estratégia Saúde da Família. Diário Oficial do Distrito Federal, Brasília, DF. 2017 fev 15; Seção 1:7-8.
9. Poder Executivo (DF). Lei nº 6.133, de 6 de abril de 2018. Estabelece a Estratégia Saúde Família como modelo da atenção primária do Distrito Federal e promove medidas para seu fortalecimento. Diário Oficial do Distrito Federal, Brasília, DF. 2018 abr 9; Seção I:1.
 10. Scherer MDA, Freitas SBF. Metodologia da avaliação da Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal. Brasília, DF: Escola de Governo Fiocruz Brasília; 2022. (Cadernos QualisAPS).
 11. Secretaria de Estado de Saúde (DF). Portaria nº 39, de 23 de janeiro de 2019. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde do Distrito Federal, o Programa de Qualificação da Atenção Primária à Saúde. Diário Oficial do Distrito Federal, Brasília, DF. 2019 fev 14; Seção I:6.
 12. Lima JG, Giovanella L, Fausto MCR, et al. O processo de trabalho dos agentes comunitários de saúde: contribuições para o cuidado em territórios rurais remotos na Amazônia, Brasil. Cad Saúde Pública. 2021;37(8):e00247820. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00247820>
 13. Secretaria de Estado de Saúde (DF); Universidade de Brasília; Fundação Oswaldo Cruz. Manual da Avaliação da Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal. Programa Qualificação da Atenção Primária do Distrito Federal. Elaboração e implantação de sistemática de avaliação da Atenção Primária do Distrito Federal. Brasília, DF: Universidade de Brasília; 2020. (Cadernos QualisAPS).
 14. Shimizu HE, Ramos MC. Avaliação da qualidade da estratégia saúde da família no Distrito Federal. Rev Bras Enferm. 2019;72(2):385-92. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0130>
 15. Poças K. Avaliação da Atenção Primária à Saúde no Distrito Federal [tese]. Brasília, DF: Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade de Brasília; 2017.
 16. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (BR). Cidades: Distrito Federal [Internet]. [Rio de Janeiro]: IBGE; 2021 [acesso em 2023 maio 8]. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/df/brasilia/panorama>
 17. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica – e-Gestor [Internet]. [Brasília, DF]: Sisab; 2023 [acesso em 2023 maio 8]. Disponível em: <https://sisab.saude.gov.br/paginas/acesoRestrito/relatorio/municipio/indicadores/indicadorCadastrtro.xhtml>
 18. Universidade de Brasília. Programa QUALIS APS. Avaliação da Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal [Internet]. [Brasília, DF]: UnB; 2023 [acesso em 2023 maio 8]. Disponível em: <https://qualisaps.unb.br/home>
 19. Matus C. Política, planejamento e governo. 3. ed. Brasília, DF: IPEA; 1997.
 20. Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2011.
 21. Teles IDF, Costa MTG, Cândido JAB, et al. Planejamento estratégico como ferramenta de gestão local na atenção primária à saúde. Rev Fam Ciclos Vida Saúde Contexto Soc. 2020;8(1):27-38. DOI: <https://doi.org/10.18554/refacs.v8i1.4454>
 22. Faria RM. A territorialização da Atenção Básica à Saúde do Sistema Único de Saúde do Brasil. Ciênc saúde coletiva. 2020;25(11):4521-4530. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812320202511.30662018>
 23. Fiorati RC, Cândido FCA, Souza LB, et al. Rede de atenção intersetorial para enfrentamento das iniquidades nos territórios: uma abordagem interpretativa-reconstrutiva. Lisboa: CIAIQ; 2018.

24. Scherer MDA, Sacco RCCS, Santana SO, et al. O Programa Saúde na Escola no Distrito Federal antes e durante a pandemia da Covid-19. *Saúde debate*. 2022;46(esp3):45-61. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042022E303>
25. Soder MR, Sarturi F, Fontana DGR, et al. Atributos da Atenção Primária à Saúde: elementos para o planejamento, monitoramento e avaliação em saúde. *Conj*. 2022;22(17):503-515. DOI: <https://doi.org/10.53660/CONJ-2231-2W60>
26. Schönholzer TE, Pinto IC, Zacharias FCM, et al. Implantação do sistema e-SUS Atenção Básica: impacto no cotidiano dos profissionais da Atenção Primária à Saúde. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2021;29:e3447. DOI: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.4174.3447>
27. Araújo AC, Vieira LJES, Ferreira Júnior AR, et al. Processo de trabalho para coordenação do cuidado na Estratégia de Saúde da Família. *Esc Anna Nery*. 2023;27:e20220330. DOI: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2022-0330pt>
28. Medeiros JB, Holmes ES, Albuquerque SGE, et al. O e-SUS Atenção Básica e a coleta de dados simplificada: relatos da implementação em uma estratégia saúde da família. *Rev APS*. 2017;20(1):145-149. DOI: <https://doi.org/10.34019/1809-8363.2017v20.15784>
29. Souza Machado C, Cattafesta M. Benefícios, dificuldades e desafios dos sistemas de informações para a gestão no Sistema Único de Saúde. *Rev Bras Pesq Saúde*. 2019;21(1):124-134.
30. Vitorino DCC, Oliveira ICP. A importância da comunicação entre as equipes de saúde e usuários: a busca da qualidade no atendimento [Internet]. Piauí: Unasus; 2020 [acesso em 2023 maio 8]. Disponível em: <https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/14673>
31. Previato GF, Baldissera VDA. Communication in the dialogical perspective of collaborative interprofessional practice in Primary Health Care. *Interface (Botucatu)*. 2018;22(supl2):1535-1547. DOI: <https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0647>
32. Nied MM, Bulgarelli PT, Rech RS, et al. Elementos da Atenção Primária para compreender o acesso aos serviços do SUS diante do autorrelato do usuário. *Cad Saúde Colet*. 2020;28(3):362-372. DOI: <https://doi.org/10.1590/1414-462X202028030434>
33. Travagim MF, Pini JS, Labegalini CMG, et al. Ações de educação em saúde na estratégia saúde da família na perspectiva dos profissionais. *Cienc Cuid Saude*. 2022;21:e61606. DOI: <https://doi.org/10.4025/cienc-cuidsaude.v21i0.61606>
34. Gonçalves N. Trabalho em saúde na Atenção Primária no contexto de pandemia: novos instrumentos de trabalho podem possibilitar rupturas e transformações? *J Manag Prim Health Care*. 2021;12:1-5. DOI: <https://doi.org/10.14295/jmphc.v12.1028>
35. Lima A, Pedrosa CM, Furlanetto DLC, et al. Diagnóstico de estrutura das unidades básicas de saúde do Distrito Federal e capacidade de resposta à covid-19: resultados. Brasília, DF: Escola de Governo Fiocruz Brasília; 2022. (Cadernos QualisAPS).
36. Santos JCG, Araújo DS, Alencar FS, et al. Acolhe APS: capacitando agentes comunitários em saúde mental no município de Iguatu-CE. *Rev. Foco*. 2023;16(02):e1139. DOI: <https://doi.org/10.54751/revistafoco.v16n2-187>
37. Santos LT, Souza FO, Freitas PSP. Efeitos do trabalho sobre o adoecimento entre agentes comunitários de saúde - uma revisão de literatura. *Rev Aten Saúde*. 2019;17(61):105-113. DOI: <https://doi.org/10.13037/ras.vol17n61.5600>
38. Amaral VS, Oliveira DM, Azevedo CKM, et al. Os nós críticos do processo de trabalho na Atenção Primária à Saúde: uma pesquisa-ação. *Physis*. 2021;31(1):e310106. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312021310106>
39. Secretaria de Estado de Saúde (DF). Portaria nº 77, de 14 de fevereiro de 2017. Estabelece a Política de Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal. Publicada no Diário Oficial do Distrito Federal, Brasília, DF. 2017 fev 15; Seção 1:4-7.

40. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017 set 22: Seção I: 68.
41. Assis BCS, Sousa GS, Silva GG, et al. Que fatores afetam a satisfação e sobrecarga de trabalho em unidades da atenção primária à saúde? REAS. 2020;12(6):e3134. DOI: <https://doi.org/10.25248/reas.e3134.2020>
42. Maia LG, Silva LA, Guimarães RA, et al. A qualidade de serviços de atenção primária, a formação profissional e o Programa Mais Médicos em uma região de saúde do sudoeste goiano. Rev Bras Epidemiol. 2020;23:e200014. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-549720200014>
43. Silva CBG, Scherer MDA. A implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde na visão de atores que a constroem. Interface (Botucatu). 2020;24:e190840. DOI: <https://doi.org/10.1590/Interface.190840>
44. Garbin AJI, Nascimento CCMP, Zacharias FCM, et al. Sickness absenteeism of Primary Health Care professionals before and during the COVID-19 pandemic. Rev Bras Enferm. 2022;75(supl1):e20220028. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2022-0028>
45. Silva BRG, Corrêa APV, Uehara SCSA. Organização da atenção primária à saúde na pandemia de covid-19: revisão de escopo. Rev Saúde Pública. 2022;56:94. DOI: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2022056004374>

Recebido em 15/05/2023

Aprovado em 25/03/2024

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: Secretaria de Saúde do Distrito Federal, financiadora do Programa QualisAPS

Editor responsável: Sandro Rogerio Rodrigues Batista