

e-ISSN 2675-7656

---

V. 6, N. 2, 2023

Revista de  
**Saúde Pública**  
de Mato Grosso do Sul

Publicação da Escola de Saúde Pública Dr. Jorge David Nasser

Governador do Estado

**Eduardo Correa Riedel**

Vice-Governador

**José Carlos Barbosa**

Secretário de Estado de Saúde

**Maurício Simões Corrêa**

Secretária Adjunta de Estado de Saúde

**Crhistine Cavalheiro Maymone Gonçalves**

Superintendente de Educação e Formação na Saúde

Diretor da Escola de Saúde Pública

**André Vinicius Batista de Assis**

**Governo do Estado de Mato Grosso do Sul**

*[www.ms.gov.br](http://www.ms.gov.br)*

**Secretaria de Estado de Saúde**

*[www.saude.ms.gov.br](http://www.saude.ms.gov.br)*

**Escola de Saúde Pública Dr. Jorge David Nasser**

*[www.esp.ms.gov.br](http://www.esp.ms.gov.br)*

e-ISSN 2675-7656

---

V. 6, N. 2, 2023

Revista de  
**Saúde Pública**  
de Mato Grosso do Sul

# Revista de Saúde Pública de Mato Grosso do Sul

A Revista de Saúde Pública de Mato Grosso do Sul é uma publicação Semestral editada pela Escola de Saúde Pública Dr. Jorge David Nasser.

## Governo do Estado de Mato Grosso do Sul Secretaria de Estado de Saúde

### Comitê Editorial

#### Editoras Chefe

Inara Pereira da Cunha – (SES/ESP)

Maria de Lourdes Oshiro – (SES/ESP)

#### Editor de Normalização e Produção

Marcos Rubens Alves da Silva  
Bibliotecário – (CRB1/2791)

#### Editor de Comunicação

André Vinicius Batista de Assis – (SES/ESP)

### Conselho Editorial

#### Editores Adjuntos

Edgar Oshiro (SES/ESP)

Estela Marcia Rondina Scandola (SES/ESP)

Marcia Naomi Santos Higashijima (SES/ESP)

Raquel Silva Barretto (SES/ESP)

#### Editores Associados

Adélia Delfina da Mota Silva Correa (UFMS)

Ana Rita Barbieri (UFMS)

Cibele Moura Sales (UEMS)

Crhistine Cavalheiro Maymone Gonçalves (UFMS/SES)

Denise Rodrigues Fortes (ETSUS/SES)

Elizete da Rocha Vieira de Barros (UFMS)

Julio Henrique Rosa Croda (FIOCRUZ/UFGD)

Karine Cavalcante da Costa (ATENÇÃO BÁSICA/SES)

Laís Alves de Souza Bonilha (UFMS)

Luiz Claudio Santos Thuler (INCA/RJ)

Mauricio Pompílio (UFMS/UNIDERP)

Rogério Dias Renovato (UEMS)

Rosa Malena Xavier (Uneb)

#### ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA:

Revista de Saúde Pública de Mato Grosso do Sul

Avenida Senador Filinto Müller, 1480 – Vila Ipiranga

79.074-460 – Campo Grande – MS – Brasil

Tel.: (67) 3345-8000 – E-mail: [revistasp@saude.ms.gov.br](mailto:revistasp@saude.ms.gov.br)

Disponível em: <http://revista.saude.ms.gov.br/index.php/rspms>

#### Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) – Brasil

R454 Revista de Saúde Pública de Mato Grosso do Sul / Escola de Saúde Pública Dr. Jorge David Nasser. -- Vol. 1, n. 1, (2018) - . - Campo Grande, MS: Escola de Saúde Pública Dr. Jorge David Nasser, 2018 -.

v.

Semestral

ISSN 2675-7656 Online

ISSN 1981-9722 Impresso

1. Saúde Pública. 2. Periódico. I. Mato Grosso do Sul. Secretaria de Estado da Saúde. Escola de Saúde Pública Dr. Jorge David Nasser. II. Título.

CDD 614.058171 (23)

Bibliotecário Responsável: Marcos Rubens Alves da Silva CRB1/2791

Os conceitos emitidos nos manuscritos são de responsabilidade exclusiva do(s) autor(es), não refletindo obrigatoriamente a opinião da revista.



Este é um periódico de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons – 4.0 Internacional. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

|   |           |
|---|-----------|
| <b>EDITORIAL</b> .....  | <b>5</b>  |
| <br><b>ARTIGO ORIGINAL</b><br><i>ORIGINAL ARTICLES</i>  |           |
| <br><b>CONDUÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO DA EQUIPE DE SAÚDE BUCAL DURANTE A PANDEMIA DA COVID-19 NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DE UM DISTRITO SANITÁRIO DA CIDADE DO RECIFE-PE</b> .....  | <b>7</b>  |
| <i>CONDUCTING THE WORK PROCESS OF THE ORAL HEALTH TEAM DURING THE COVID-19 PANDEMIC IN THE FAMILY HEALTH STRATEGY OF A HEALTH DISTRICT IN THE CITY OF RECIFE</i><br>Kappydra Lacerda de Pontes Gonzaga, Mauricéa Maria de Santana   |           |
| <br><b>RELATO DE CASO</b><br><i>CASE REPORT</i>   |           |
| <br><b>TRATAMENTO DE OTOMICOSE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: UM RELATO DE CASO</b> .....   | <b>18</b> |
| <i>OTOMYCOSES TREATMENT IN PRIMARY HEALTH CARE: A CASE REPORT</i><br>Otávio Mariano Nascimento Menezes, Irajá Francisco Goettems, Maria Elizabeth Araújo Ajalla, Cláudia Du Bocage Santos-Pinto, Everton Falcão de Oliveira   |           |
| <br><b>RELATO DE EXPERIÊNCIA</b><br><i>EXPERIENCE REPORT</i>  |           |
| <br><b>AGENTES INDÍGENAS DE SAÚDE E SANEAMENTO: FORTALECENDO A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E PROMOVENDO O BEM-ESTAR NAS COMUNIDADES INDÍGENAS</b> .....  | <b>27</b> |
| <i>INDIGENOUS HEALTH AND SANITATION AGENTS: STRENGTHENING PRIMARY HEALTH CARE AND PROMOTING WELL-BEING IN INDIGENOUS COMMUNITIES</i><br>Ewângela Aparecida Pereira, Gislaine Ferreira Maggioni Moraes, Landisneide Luiza da Silva, Newton Gonçalves de Figueiredo   |           |
| <br><b>INSTRUMENTO DE TRABALHO NA GESTÃO EM SAÚDE E A PERCEPÇÃO DOS ATORES DO PLANEJAMENTO DO SUS DE CAMPO GRANDE/MS</b> .....  | <b>36</b> |
| <i>WORKING INSTRUMENT IN HEALTH MANAGEMENT AND THE PERCEPTION OF SUS PLANNING ACTORS IN CAMPO GRANDE/MS</i><br>Jéssica Priscilla Resende Magalhães, Hena Dianna Moreira Lopes da Silva, Rodrigo Aranda Serra, Allana Gabrielle Ferreira da Silva, Thais Neves de Carvalho, Vânia Duarte Germano de Amorim |           |
| <br><b>RESUMO</b><br><i>ABSTRACT</i>  |           |
| <br><b>OS INVISÍVEIS URBANOS: O QUE AS PESSOAS EM SITUAÇÃO DE RUA PENSAM SOBRE OS SERVIÇOS SOCIAIS AOS QUAIS TÊM DIREITO?</b> .....   | <b>49</b> |
| <i>THE URBAN INVISIBLES: WHAT DO PEOPLE IN HOMELESS SITUATIONS THINK ABOUT THE SOCIAL SERVICES TO WHICH THEY ARE RIGHT?</i><br>Jainatan Rocha da Silva  |           |

**Caro(a) Leitor(a),**

É com muita alegria que apresentamos mais uma edição da Revista de Saúde Pública de Mato Grosso do Sul.

A edição traz o artigo original: “Condução do processo de trabalho da equipe de saúde bucal durante a pandemia da COVID-19 na Estratégia Saúde da Família de um distrito sanitário da cidade do Recife-PE”, que apresenta um estudo exploratório com abordagem qualitativa realizado no período pandêmico. Importante a leitura do material, pois demonstra que as condições de vida dos usuários eram precárias, fator que pode explicar a alta disseminação da Covid-19, além de verificar que o processo de trabalho dos profissionais nesse período era centrado nos aspectos clínicos relacionados às urgências.

O segundo trabalho é um relato de caso sobre o tratamento de otomicose na Atenção Primária abordando a importância da APS quando após dois meses de tratamento farmacológico foi alcançada a completa resolução do caso.

Nesse número, decidiu-se pela incorporação de dois relatos de experiências, ou seja, são textos escritos no formato como os atores vivenciam a situação e a interpretação dos acontecimentos; essas descrições agregam na história e expressam o modo de fazer singular, pois apontam as fortalezas e as dificuldades de uma determinada situação vivenciada.

Diferente de relatos de caso, que são textos que auxiliam no desenvolvimento de pesquisas e avanços na saúde, pois apontam os principais aspectos de uma situação, justificando sua singularidade com sugestões de recomendação. Porém, ainda sem o estabelecimento do que é classificado como de evidência científica robusta.

O primeiro relato de experiência é sobre agentes indígenas de saúde e saneamento: fortalecendo a atenção primária à saúde e promovendo o bem-estar nas comunidades indígenas, que apresenta a importância do Programa de Qualificação dos AIS/AISAN para a melhoria dos indicadores da saúde indígena, da assistência, da promoção e da prevenção à saúde, e da qualidade de vida dos povos indígenas do estado de Mato Grosso do Sul. Uma leitura que mostra os desafios e dificuldades na formação educativa desses agentes de saúde.

O segundo relato de experiência traz o Instrumento de trabalho na gestão em saúde e a percepção dos atores do planejamento do SUS de Campo Grande/MS vivenciada na Secretaria Municipal de Saúde no setor de planejamento do SUS em 2021, das atividades de coordenação, elaboração, monitoramento e avaliação dos instrumentos de planejamento do SUS: Plano Municipal de Saúde (PMS), Programação Anual de Saúde (PAS) e Relatório Anual de Gestão (RAG).

Essa leitura mostra a importância de realizar pesquisas sobre a temática devido à escassez na literatura, a fim de embasar, divulgar e aperfeiçoar o processo de trabalho nos serviços públicos.

Por fim, a edição contém um resumo de Dissertação (Mestrado em Sociedade, Tecnologias e Políticas Públicas): Os invisíveis urbanos: o que as pessoas em situação de rua pensam sobre os serviços sociais aos quais têm direito? Um assunto que nos leva a reflexão sobre o papel das Políticas Públicas na garantia de direitos e cidadania.

Mais uma vez, agradecemos colaboradores e autores pela confiança na RSPMS.

Boa leitura!

**André Vinicius Batista de Assis (SES/ESP)**  
Editor de Comunicação

# CONDUÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO DA EQUIPE DE SAÚDE BUCAL DURANTE A PANDEMIA DA COVID-19 NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DE UM DISTRITO SANITÁRIO DA CIDADE DO RECIFE-PE

CONDUCTING THE WORK PROCESS OF THE ORAL HEALTH TEAM DURING THE COVID-19 PANDEMIC IN THE FAMILY HEALTH STRATEGY OF A HEALTH DISTRICT IN THE CITY OF RECIFE

Kappydra Lacerda de Pontes Gonzaga<sup>1</sup>, Mauricéa Maria de Santana<sup>2</sup>

## RESUMO

**Introdução:** A pandemia da Covid-19 representou um grande desafio para saúde pública em especial para as equipes de Saúde Bucal, visto que os procedimentos executados por esses profissionais são próximos à via aérea do paciente, representando um alto risco de contágio pela doença. **Objetivos:** deste artigo é analisar o processo de trabalho das equipes de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família durante a pandemia da Covid-19, na perspectiva da determinação social do processo saúde e doença em um Distrito Sanitário do Recife-PE. **Materiais e Métodos:** Trata-se de um estudo exploratório com abordagem qualitativa, que contou com a participação de oito cirurgiões dentistas por meio de entrevistas individuais orientadas por um roteiro semiestruturado. Essa ação realizou-se remotamente entre os meses de março e maio de 2021. **Resultados:** Para análise dos resultados foi adotada a técnica de análise temática, que culminou com estabelecimento de três categorias: As condições de vida e a disseminação da Covid-19; Processo de trabalho das equipes de saúde bucal e seus principais desafios; Ações desenvolvidas relacionadas à determinação social da Covid-19. Os resultados apontaram que as condições de vida dos usuários são precárias, o que repercutiu na alta disseminação da Covid-19. Além disso indicou que no processo de trabalho realizado pelos cirurgiões dentistas durante o contexto pandêmico prevaleceu uma lógica predominantemente individual, curativa e administrativa, demonstrando incipiência nas ações que inferem determinação social do processo saúde e doença. **Conclusão:** Conclui-se que o processo de trabalho desenvolvido durante o contexto pandêmico apresentou centralidade nos aspectos clínicos relacionados às urgências, mas com pouca abordagem do contexto social, no que tange as condições de vida e de rede de apoio.

**Palavras-chave:** Covid-19. Saúde Bucal. Determinação Social da Saúde. Condições de Vida. Contexto Social.

## ABSTRACT

**Introduction:** The Covid-19 pandemic represented a major challenge for public health, especially for Oral Health teams, as the procedures performed by these professionals are close to the patient's airway, representing a high risk of contagion by the disease. **Objectives:** this article is to analyze the work process of Oral Health teams in the Family Health Strategy during the Covid-19 pandemic, from the perspective of the social determination of the health and disease process in a Health District in Recife-PE. **Materials and Methods:** This is an exploratory study with a qualitative approach, which involved the participation of eight dental surgeons through individual interviews guided by a semi-structured script. This action took place remotely between the months of March and May 2021. **Results:** To analyze the results, the thematic analysis technique was adopted, which culminated in the establishment of three categories: Living conditions and the spread of Covid-19; Work process of oral health teams and their main challenges; Actions developed related to the social determination of Covid-19. The results showed that the living conditions of users are precarious, which had an impact on the high spread of Covid-19. Furthermore, he indicated that in the work process carried out by dental surgeons during the pandemic context, a predominantly individual, curative and administrative logic prevailed, demonstrating incipience in the actions that infer social determination of the health and disease process. **Conclusion:** It is concluded that the work process developed during the pandemic context presented a central focus on clinical aspects related to emergencies, but with little approach to the social context, regarding living conditions and support network.

**Keywords:** Covid-19. Oral Health. Social Determination of Health. Living conditions. Social Context.

<sup>1</sup> Secretaria de Saúde de Recife. Recife, PE, Brasil. ORCID: 0009-0004-5465-8470. E-mail: Kappydra@hotmail.com

<sup>2</sup> Secretária de Saúde do Recife. Secretária Executiva de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde. Coordenação dos Programas de Residência em Saúde. Recife, PE, Brasil. ORCID: 0000-0001-5822-3889. E-mail: mauriceasantana@gmail.com





## INTRODUÇÃO

No final de 2019, a nova doença chamada coronavírus (Covid-19) surgiu em Wuhan, na China, e em março de 2020 a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou situação de pandemia devido ao problema emergencial de saúde pública, apresentando alta velocidade de disseminação global com grande capacidade de contágio. O vírus causador da Covid-19 é capaz de ser transmitido de pessoa a pessoa por gotículas originárias de nariz e boca de pacientes infectados ou por contato com superfícies contaminadas (Belasco; Fonseca, 2020).

O maior índice de mortalidade por Covid-19 se dá nos territórios mais vulneráveis. São vários os motivos que tornam a população de baixa renda mais sujeita à contaminação pelo vírus SARS-CoV-2. Devido ao maior risco de propagação de infecções respiratórias em pessoas que fazem o uso de transporte público, que moram em domicílios pequenos e com grande número de pessoas por metros quadrados, sem acesso à saúde, a saneamento básico e ao abastecimento de água, a população de baixa renda, portanto, apresenta maiores dificuldades em manter o isolamento social e de realizar as orientações mínimas para prevenção à proliferação do vírus que consistem em, por exemplo, higienizar das mãos com frequência e evitar ambientes fechados (Calmon, 2020; Souza, 2020).

A Organização Mundial da Saúde (2018) reconhece que as diferenças associadas aos fatores históricos e sociais, que definem a posição social ocupada pelos indivíduos na sociedade, determinam os riscos de adoecimento e morte (Marques *et al.*, 2021). No Brasil, temos uma cidadania hierarquizada: uma pequena parcela da população é privilegiada no acesso aos recursos sociais, jurídicos, econômicos e simbólicos. Isso leva a compreender o conceito de saúde como um fenômeno complexo, no qual os contextos social, econômico, político, cultural e ambiental influenciam diretamente nas condições de saúde das populações (Barreto, 2017).

Essa nova doença trouxe repercussões diretas e com grande intensidade no setor da saúde, o que requer de todos os atores envolvidos, estratégias para o enfrentamento da Covid-19 e, em muitos casos, mudanças no processo de trabalho. Uma das áreas de saúde que apresentaram prejuízo direto na rotina de trabalho foi a da saúde bucal, visto que os procedimentos executados pela equipe dessa especialidade são próximos à via aérea do paciente, e seu processo de trabalho envolve a cavidade oral, rica em fluido salivar (gotículas de saliva), uma das formas de transmissão desse vírus, representando um alto risco de contágio ao qual estão expostos os profissionais da equipe de saúde bucal e os usuários do serviço, em especial pela geração de aerossóis durante a realização de muitos procedimentos de rotina odontológicas (Soares; Fonseca, 2020).

Com isso, tornou-se um desafio para os cirurgiões dentistas executarem seus trabalhos clínicos de rotina. Com o objetivo de diminuir o número de infectados por esse vírus, o Ministério da Saúde orientou a suspensão dos atendimentos odontológicos, mantendo-se o acesso às urgências odontológicas, observando-

se as regras estabelecidas nos protocolos de biossegurança, condicionado à disponibilidade de equipamentos de proteção individual (EPI) para os profissionais. Tal situação suscita a necessidade de capacitação e demonstração de uso seguro desses EPIs para execução do trabalho com segurança, principalmente em meio ao contexto pandêmico (Franco; Camargo; Peres, 2020).

A grande repercussão social da Covid-19 nos territórios periféricos mostrou em parte a precarização da saúde nesses ambientes, onde os mais afetados são aqueles indivíduos que já vivem em condições de maior vulnerabilidade e que não têm acesso à saúde de forma efetiva. Entretanto ressalta-se que, quando se fala na saúde da população, a problemática não se limita ao acesso à saúde, mas, aos múltiplos fatores que se refletem nesse campo. As crises econômicas e sanitárias, somadas à intensa desigualdade social, que é amplamente visualizada nos territórios periféricos, aponta o quanto o Brasil é um país de intensa desigualdade social, com vários ambientes de vulnerabilidade onde os moradores de favelas não têm o mesmo acesso aos bens necessários a uma vida digna como os moradores do asfalto (Ceolin; Nascimento, 2022; Ribeiro, 2020).

Historicamente, a Estratégia Saúde da Família (ESF) tem demonstrado importância no enfrentamento de epidemias, como foi observado recentemente durante o combate a situações adversas de saúde provocadas pelo Zika vírus, no Recife (Fernandes *et al.*, 2018). O programa teve papel fundamental na rede de atenção à saúde, no sentido de garantir o acesso da população a uma saúde integral, por meio do trabalho interdisciplinar em equipe multiprofissional (Giovannella, 2020; Santos; Mishima; Merhy, 2018). Busca-se a reconstrução de um modelo amparado pelos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), para superar o modelo biomédico hegemônico, ainda muito presente até os dias de hoje.

Segundo Starfield (2002), os modelos de atenção primária abrangente e integral, os quais pautam o raciocínio teórico deste estudo, devem conduzir o processo de trabalho, ou seja, a prática do dia a dia nos serviços deve ser orientada pelos atributos derivados que consideram o indivíduo, a família, comunidade e as características culturais de cada território. O processo de trabalho é o *modus operandi* de como o trabalho é desenvolvido, resultando da interação dinâmica de seus componentes distintos: objeto, instrumentos/meios de trabalho, a ação desenvolvida pelo trabalhador, com o propósito de transformar o objetivo de alcançar sua finalidade (Mendes-Gonçalves, 2017).

Dessa forma, o objetivo deste estudo é analisar o processo de trabalho das equipes de saúde bucal durante a pandemia de Covid-19, na perspectiva da determinação social do processo saúde doença do Distrito Sanitário 1, da cidade do Recife.

## MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo exploratório, com abordagem qualitativa, realizado no Distrito Sanitário 1 da cidade do Recife-PE, no período de 05/03/2021 a 29/05/2021. O desenvolvimento desta pesquisa ancora-se

nos pressupostos éticos para pesquisas envolvendo seres humanos. Teve início após anuência e autorização da Secretária de Saúde da Cidade de Recife-PE e aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Pernambucana de Saúde (CEP-FPS), conforme o parecer de número 4.437.546, emitido em 03 de dezembro de 2020.

Para participação do estudo foram considerados como critérios: pertencer à Estratégia Saúde da Família (ESF) como integrante da equipe Saúde Bucal, estar com vínculo ativo no período da entrevista, dispor de conhecimento sobre o território de vinculação. Dessa forma, dos dez cirurgiões dentistas (CD) que atuam na ESF do Distrito Sanitário 1 participaram oito; foram excluídos os cirurgiões dentistas que se encontravam afastados do serviço durante a pandemia da Covid-19, ou que não aceitaram participar do estudo. A Secretaria de Saúde do Recife divide a cidade em oito Distritos Sanitários. Este estudo foi realizado em um deles, o Distrito Sanitário 1, que possui onze unidades de saúde, nos bairros Recife, Santo Amaro, Boa Vista, Cabanga, Ilha do Leite, Paissandu, Santo Antônio, São José, Coelhos, Soledade e Ilha Joana Bezerra.

As entrevistas foram orientadas por um roteiro semiestruturado contendo as seguintes questões:

- 1) Descreva as condições de vida da população vinculada ao território em que você trabalha, considerando fatores como condições de moradia (tipo e tamanho das edificações e densidade demográfica por quartos), acesso aos serviços de água e esgoto, acesso às tecnologias digitais e condições de trabalho e renda (trabalhadores informais e beneficiários de programas governamentais).
- 2) O que você considera que influenciou a disseminação da Covid-19 no território de vinculação da sua equipe?
- 3) Como se deu seu processo de trabalho da ESB, em conjunto com a ESF durante a pandemia do COVID-19?
- 4) Quais foram os principais desafios da ESB para se adequar ao atendimento odontológico ao paciente de forma segura?
- 5) Quais as ações que a ESB desenvolveu com ESF no sentido de intervir na determinação social da COVID-19 em seu território de atuação?
- 6) Você considera que todas as ações desenvolvidas na pandemia pela equipe (como um todo) conseguiram alcançar a determinação social da Covid-19?

A coleta dos dados realizou-se por meio de videoconferência pelo aplicativo *Google Meet*. Após a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e concordância do participante, iniciou-se a gravação do encontro, que durou em média 30 minutos. No momento do convite para a participação no estudo, os profissionais foram orientados para que, no dia da entrevista, acessassem o *link* em um ambiente fechado e livre de interrupções.

Para análise dos dados adotou-se a análise temática proposta por Bardin (2011) que segue orientado por um plano de análise organizado em três etapas: pré-análise; exploração do conteúdo nas entrevistas e

interpretação do material textual, de onde emergiram três categorias: As condições de vida e a disseminação da Covid-19; Processo de trabalho da ESB, e seus principais desafios; Ações desenvolvidas relacionadas a determinação social da Covid-19.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

### As condições de vida e a disseminação da Covid-19

Quanto às condições de vida no território de vinculação, os participantes destacaram que a vida da população assistida residia em moradias de condições precárias, sem acesso à água, saneamento básico, predominantemente dependiam economicamente de trabalhos informais, auxílios sociais, como pode ser observar nos relatos a seguir:

As condições são precárias, trata-se de um bairro pobre, a questão de renda também é bem precária, o pessoal vive muito de auxílio social ou de trabalhos esporádicos, desenvolvendo bicos, mas de modo geral a população é bastante carente (E1).

As condições são precárias, trata-se de um bairro pobre, de baixo poder aquisitivo e muito populoso (E2).

As condições da população na minha área de atuação da unidade de saúde são muito precárias com relação à moradia, são em sua maioria de madeira, esgoto a céu aberto, sem serviço de água, a maioria trabalhadores informais com baixa renda mensal (E3).

Na minha equipe segundo informações colhidas (SIC) as pessoas vivem em condições precárias, algumas em condições de moradia com casas em alvenaria, diferença entre as áreas menos favoráveis a perto do metro muito esgoto a céu aberto, moradias 1 quarto para 1 ou duas famílias viver ali, esgoto sem saneamento, sem serviço de água, trabalho e renda são a maioria trabalhadores informais renda meio salário mínimo a um salário mínimo (E5).

Segundo a OMS (2011), a maior parte das doenças é diretamente influenciada pelas condições em que as pessoas nascem, vivem, trabalham e envelhecem. A condição de saúde de um indivíduo é um conceito complexo e dinâmico, e suas condições sociais representam causas fundamentais do processo saúde-doença.

Certas doenças infecciosas como a Covid-19 têm seus processos de redução transmissibilidade pelo isolamento da sociedade e sua higienização, mas, para que a população possa lavar as mãos, no mínimo ela tem que ter acesso a políticas de saneamento básico e abastecimento de água, o que não é a realidade de muitos indivíduos, pois grande parte da população restrita a esse distrito sanitário vive em condições precárias de moradia e de saúde (Calmon, 2020; Souza, 2020).

Autores como Silva (2021) constataram que houve uma maior propagação de infecção respiratória e contaminação pelo vírus SARS-CoV-2 em territórios vulnerabilizados, nos quais a população esteve exposta a condições de vida precária, apresentando maiores dificuldades em manter o isolamento social diante da necessidade material de subsistência, assim como a falta de serviço de infraestrutura como água e esgoto, que comprometeu os cuidados de higienização pessoal e do domicílio.

Esse panorama permite refletir sobre a gravidade com a qual a pandemia pôde impactar nas comunidades mais precárias, devido ao baixo acesso à água tratada, saneamento e estrutura e renda que permitisse adotar as medidas de prevenção. Esses indivíduos, além de não conseguirem acessar os equipamentos públicos de saúde, sobreviviam em condições materiais tão precárias, que os impediam de se engajar nas estratégias de cuidado e de distanciamento social, tão necessárias para frear o ciclo de contágio do Covid-19 (Souza, 2020; Arruda, Santos, 2021).

Os participantes também consideraram que o que influenciou a disseminação da Covid-19, no território de vinculação das ESF onde trabalhavam, foi a precariedade dessa população em moradia, falta de água, esgoto e baixa renda, e o não uso de máscara e as aglomerações, por exemplo:

O que mais influenciou na disseminação do Covid-19, aqui na área que trabalho com certeza e a questão da moradia e da renda do pessoal que não permite que eles fiquem em casa ou cumpram a quarentena, mais rígida (...) e a questão da aglomeração e o não uso de máscara. (E5)

Eu creio que foi a falta de atenção às medidas sanitárias, a questão do distanciamento social ao uso de máscaras, os moradores se reúnem muitas vezes sem máscara e sem nenhum critério de higiene. (E6)

Não houve distanciamento, não foram observadas com seriedade as medidas. Acredito também que nessas áreas onde a dificuldade econômica de emprego e saneamento é maior é mais difícil essa questão de ficar em casa, até porque quem trabalha informalmente tem que sair para vender alguma coisa para a casa (E1).

A disseminação, ela acontece por conta da aglomeração das pessoas. As casas são muito insalubres e as condições são precárias de moradia. No que diz respeito à disseminação, o processo de saúde-doença, o meio ambiente em si, tudo isso facilitou esse grande contágio pelo vírus da Covid-19 (E4).

Para Villela (2020), em países como o Brasil, com graves disparidades sociais e iniquidades em saúde pública, é necessário foco, planejamento e controle, a fim de reduzir as desigualdades assistenciais em populações vulneráveis e evitar o contágio pelo Covid-19.

As condições sociais são efetivamente base para o padrão sanitário de um povo, assim como a posição de cada indivíduo na sociedade é uma base da própria saúde. As condições de habitação e ambientais do peridomicílio, a existência de restrições no acesso à alimentação e a outros bens fundamentais, as características físicas das atividades realizadas no trabalho, assim como as condições do ambiente em que se

realiza o trabalho podem implicar uma série de riscos à saúde que, em geral, estão além da possibilidade de controle por parte dos indivíduos. Essas condições são essencialmente determinadas pela posição dos indivíduos na hierarquia social e na divisão social do trabalho e da renda (Fleury-Teixeira, 2009).

### **Processo de trabalho da ESB, e seus principais desafios**

Os participantes destacaram que processo de trabalho da equipe de Saúde Bucal, na pandemia, foi voltado para o atendimento de urgências odontológicas e acolhimento junto com ESF, realização de testes para Covid-19, anamnese dos pacientes suspeitos e notificações dos casos nas unidades de referência da Covid-19. Podemos confirmar nas falas a seguir:

O processo de trabalho da odontologia na pandemia foi basicamente de atendimento de urgências, ficamos fazendo apenas urgências numa unidade referência, alguns dentistas foram deslocados para fazer a realização de testes rápidos nas unidades de referência de Covid-19. (E1)

Ficamos trabalhando dentro da equipe com outras funções como acolhimento, ajudando na anamnese dos pacientes com sintomatologia respiratória e notificando os casos. (E8)

Em março de 2020, com o advento da pandemia pelo novo coronavírus, as ESBs foram orientadas a reformular a condução do processo de trabalho com base nas recomendações do Ministério da Saúde (MS), da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), das Secretarias de Saúde Municipais, do Conselho Federal de Odontologia e de outras instituições de ensino. Em função dos riscos inerentes à produção de aerossóis, condição presente no atendimento odontológico, ampliando o potencial risco durante a execução dos procedimentos odontológicos de rotina, tornou-se essencial a adoção de estratégias preventivas (Souza, 2020).

Os documentos publicados por essas instituições norteiam a atuação dos profissionais de saúde, incluindo o trabalho da equipe de Saúde Bucal da Estratégia Saúde da Família. O documento da ANVISA restringiu os procedimentos odontológicos ao atendimento de urgências e emergências, deu ênfase aos cuidados com a anamnese criteriosa, com a sala de espera e com os Equipamentos de Proteção Individual (EPIs) (Pinheiro *et al.*, 2021).

O Ministério da Saúde publicou o documento “Atendimento odontológico no SUS”, em março de 2020, no qual a ESB foi incluída como equipe de triagem e classificação dos usuários suspeitos de estarem infectados pelo vírus junto às equipes, inclusive, por meio do “*fast track Covid-19*”, podendo colaborar na notificação dos casos juntamente com a equipe de enfermagem. Os cirurgiões dentistas também foram capacitados para fazer a testagem dos casos suspeitos nas Unidades Provisórias de Covid-19 (Carletto; Santos, 2020).

Ocorreram alterações significativas na rotina dos atendimentos de urgências odontológicas que não puderam ser adiados. Gorro descartável, óculos de proteção, luvas, capote impermeável, propés, protetor facial do tipo *face shield* e máscara PPF2 ou N95 foram os EPIs recomendados para todos os procedimentos odontológicos, sendo os dois últimos uma novidade nos protocolos, tendo em vista os EPIs utilizados antes do período de pandemia (Pinheiro, *et al.*, 2021).

Os resultados indicam que as reformulações propostas para o processo de trabalho dos cirurgiões dentistas não consideraram as singularidades do território de vinculação e sobretudo a determinação social do processo saúde e doença. Teixeira e Solla (2006) fala sobre os pilares da ESF, onde o território é base de organização dos serviços e ações de saúde, com foco na identificação dos problemas de saúde, riscos, vulnerabilidades e necessidades de saúde para o desenvolvimento de práticas intersectoriais.

Os principais desafios enfrentados por esses profissionais da ESB relatados foram: uso de equipamentos que produzem aerossóis, geradores de partículas, que são uma via de transmissão do coronavírus, e a falta de informações acerca dos processos de biossegurança. Podemos confirmar nas falas a seguir:

Eu participei em algum momento da emergência odontológica e foi muito difícil porque a gente estava constantemente sob risco de contaminação através do aerossol. Então a gente teve que se acostumar a usar uma série de EPI que a gente não estava acostumado a usar antes desse momento de pandemia. (E2)  
Com relação aos desafios e a questão do aerossol que é produzido no atendimento e a esterilização do material. (E6)

Os principais desafios são falta de informações acerca dos processos de biossegurança no atendimento odontológico e falta de EPIS de qualidade. (E7)

Observa-se que os desafios elencados se relacionam diretamente com a lógica do atendimento individual e não alcança a determinação social do processo saúde e doença. Estes achados apresentam ênfase nos critérios de biossegurança necessários para a execução do cuidado individuais com os usuários. Na ambiência de atendimento odontológico verifica-se extremo risco de disseminação do SARS-CoV-2, devido à grande carga viral presente nas vias aéreas superiores, exatamente na área de trabalho desses profissionais que é a boca o que amplia o exponencial de contaminação o que requer maior cuidado com biossegurança dos profissionais (Farias *et al.*, 2020; Tenani *et al.*, 2020).

### **Ações desenvolvidas relacionadas a determinação social da Covid-19**

Para grande parte dos entrevistados, as ações desenvolvidas na pandemia pela equipe como um todo conseguiram alcançar total ou parcialmente a determinação social da Covid-19. As ações que a ESB desenvolveu com ESF no sentido de intervir na determinação social da Covid-19 em seu território de atuação

foram de: Orientações para prevenção da Covid-19, palestras educativas e entrega de material de higiene bucal. Podemos confirmar nas falas a seguir:

As ações partiram mais da questão de orientação em relação aos cuidados que deveriam ser tomadas para evitar a disseminação do coronavírus. (E1)

Houve palestras educativas, entrega de material de higiene bucal, ações em vários locais com esclarecimentos e entrega de máscaras de tecido. (E2)

As principais ações foram de orientação e reforçando sempre os cuidados de higiene, lavagem de mão e a importância do uso da máscara. (E3)

Acredito que a gente tem contribuído sim, para se alcançar a determinação social da Covid-19, mas é uma via de mão dupla o usuário precisa fazer a partir dele e ter sua responsabilidade no que diz respeito ao funcionamento e proteção individual e proteção da sua família. (E4)

Acho que contribuimos em parte, para se alcançar a determinação social, porque parte muito da questão da colaboração e conscientização do usuário. (E8)

Os resultados refletem as recomendações do Ministério da Saúde, que é uma lógica curativa. Já Giovanella (2020) fala sobre o elemento central da Atenção Básica e considera o conceito ampliado da saúde, onde as características potencializam o trabalho da ESF em atender as necessidades populacionais através da atenção e do cuidado integral da população em seus contextos de vida e os territórios.

O tema da determinação social dos indivíduos é necessário porque a saúde, seja qual for o significado que lhe seja atribuído, não pode estar dissociada da determinação geral da vida das pessoas. Os indivíduos são fortemente determinados por sua posição na sociedade e suas condições materiais de vida, desde sua moradia, trabalho, renda e acesso a bens e serviços. As condições sociais são efetivamente base para o padrão sanitário de um povo, assim como a posição de cada indivíduo na sociedade é uma base da própria saúde (Fleury-Teixeira, 2009; Giovanella, 2020).

## CONCLUSÃO

Este estudo buscou analisar o processo de trabalho da Equipe de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família durante a pandemia da Covid-19, na perspectiva da determinação social do processo saúde doença em um distrito sanitário em Recife. Os resultados apontaram que as condições de vida dos usuários das ESF do Distrito Sanitário 1 são: condições precárias - sem acesso à água e saneamento básico - e baixa renda, o que repercutiu, também com essas carências, na disseminação da Covid-19, nesses territórios mais precários e de vinculação das ESFs.



Observou-se que o processo de trabalho da ESB foi voltado para o atendimento de urgências odontológicas e ao acolhimento dos sintomáticos respiratórios junto com ESF. Participou da realização de testes para Covid-19, anamnese dos pacientes suspeitos e notificações dos casos nas unidades de referência da Covid-19. Entre os desafios apontados pelos cirurgiões dentistas ressalta-se o alto risco de contaminação em virtude do aerossol produzido com a utilização dos equipamentos, somado à falta de informações acerca dos processos de biossegurança.

Os resultados obtidos indicam uma incipiência do que se refere à determinação social do processo saúde doença relacionado à Covid-19, visto que as ações desenvolvidas apresentaram um cunho predominantemente individual e curativo voltado aos sinais e sintomas e a transmissibilidade da doença. Do ponto de vista coletivo foram realizadas as palestras educativas e entrega de material de saúde bucal. O que pouco repercute na vulnerabilidade social que foi ampliada durante o período pandêmico. Assim pode-se concluir que o processo de trabalho desenvolvido não alcançou a amplitude da repercussão da Covid-19 na determinação social da saúde.

Acredita-se que os resultados obtidos nesse estudo evidenciam a distância entre a prática e as necessidades da população, o que indica que em momentos pandêmicos futuros a necessidade de que a organização e o planejamento do processo de trabalho das Equipes de Saúde Bucal das Estratégias Saúde da Família contemplem a amplitude da determinação social e assim efetive-se o princípio da equidade e da integralidade propostos para condução do processo de trabalho no cotidiano dos serviços no SUS e na ESF.

Entre os limites encontrados destacam-se a escassez de estudos que abordem o processo de trabalho durante o contexto pandêmico e sua interface com a determinação social do processo saúde doença.

## REFERÊNCIAS

ARRUDA, Dyego Oliveira; SANTOS, Caroline Oliveira. A realidade das populações subalternizadas em tempos de COVID-19 no Brasil. **HOLOS**, Natal, v. 3, p. 1-18, 2021.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.

BARRETO, Maurício L. Saúde global, grandes desafios contemporâneos: dinâmica populacional, determinantes, riscos e condições de saúde. *In*: BUSS, Paulo Marchiori;

BELASCO, Angélica Gonçalves Silva; FONSECA, Cassiane Dezoti da. Coronavírus 2020. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 73, n. 2, 2020.

CALMON, Trícia Viviane Lima. As condições objetivas para o enfrentamento ao COVID-19: abismo social brasileiro, o racismo, e as perspectivas de desenvolvimento social como determinantes. **NAU Social**, [s. l.], v. 11, n. 20, p. 131-136, 2020.

CARLETTO, Amanda Firme; SANTOS, Felipe Fernandes dos. A atuação do dentista de família na pandemia do Covid-19: o cenário do Rio de Janeiro. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 30, p. e300310, 2020.

CEOLIN, Raquel.; NASCIMENTO, Valéria Ribas do. Interfaces entre saúde global e desigualdade social em tempos de pandemia: A (des)proteção das favelas brasileiras no enfrentamento ao Covid-19. **Direito e Práxis**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 950-977, 2022.

FARIAS, Maria Helaynne Diniz *et al.* Biossegurança em odontologia e COVID-19: uma revisão integrativa. **Cadernos ESP Ceará**, Fortaleza, v. 14, n. 1, p. 53-60, jan/jun. 2020.

FERNANDES, Valcler Rangel *et al.* Denaturalizing “Long-Lasting Endemic Diseases”: Social Mobilization in the Context of Arboviral Diseases in Brazil. *In: SALAZAR, Ligia Malagón de; LUJÁN VILLAR, Roberto Carlos (ed.). Globalization and Health Inequities in Latin America: Springer, 2018. p. 91-106.*

FLEURY-TEIXEIRA, Paulo. Uma introdução conceitual à determinação social da saúde. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, RJ, v. 33, n. 83, p. 380-389, 2009.

FRANCO, J. B.; CAMARGO, A. R.; PERES, M. P. S. M. Cuidados odontológicos na era do COVID-19: recomendações para procedimentos odontológicos e profissionais. *Rev Assoc Paul Cir Dent.*, [s. l.], v. 1, n. 74, 18-21, 2020.

GIOVANELLA, Ligia *et al.* A contribuição da atenção primária à saúde na rede SUS de enfrentamento à Covid-19. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, RJ, v. 44, n. 4, p. 1-21, 2020.

MARQUES, Ana Lucia Marinho *et al.* O impacto da Covid-19 em grupos marginalizados: contribuições da interseccionalidade como perspectiva teórico-política. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, [s. l.], v. 25, 2021.

MENDES-GONÇALVES, Ricardo Bruno. Prática de saúde: processo de trabalho e necessidades. *In: AYRES, José R.; SANTOS, Liliana (org.). Saúde, sociedade e história. São Paulo: Hucitec, 2017. p. 298-374. Disponível em: <http://historico.redeunida.org.br/editora/biblioteca-digital/colecao-classicos-dasaude-coletiva/SaudeSociedadeeHistoria.pdf/view>. Acesso em: 27 jun. 2021.*

OMS. **Diminuindo diferenças:** a prática das políticas sobre determinantes sociais da saúde - Documento de Discussão. Rio de Janeiro: OMS; 2011.

PINHEIRO, Felipe de Almeida *et al.* Reflexões éticas e legais sobre a prática odontológica em tempos de pandemia de COVID-19. *Saúde Ética & Justiça*, São Paulo, v. 26, n. 1, p. 27-35, 2021.

RIBEIRO, Luiz Cesar de Queiroz (org.). **As metrópoles e a COVID-19:** dossiê nacional. Rio de Janeiro, RJ, 2020. p. 599. Disponível em: <https://www.observatoriodasmetrolopes.net.br/dossie-nacional-as-metrolopes-e-a-covid-19-vol-ii-analises-locais-parte-1/>. Acesso em: 11 ago. 2023.

SANTOS, Debora de Souza; MISHIMA, Silvana Martins; MERHY, Emerson Elias. Processo de trabalho na Estratégia de Saúde da Família: potencialidades da subjetividade do cuidado para reconfiguração do modelo de atenção. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, RJ, v. 23, n. 3, p. 861-870, 2018.

SILVA, Daniel Nogueira. **Determinantes Sociais da Vulnerabilidade à Covid-19:** Proposta de um Esquema Teórico-Parte I. Marabá, PA: UNIFESSPA, 2021.

SOARES, Cíntia Siqueira Araújo; FONSECA, Cristina Luiza Ramos da. Atenção primária à saúde em tempos de pandemia. *J Manag Prim Health Care*, [s. l.], v. 12, p. 1-11, 2020.

SOUZA, Diego de Oliveira. A pandemia de COVID-19 para além das Ciências da Saúde: reflexões sobre sua determinação social. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, RJ, v. 25, p. 2469-2477, 2020.

STARFIELD, Bárbara. **Atenção primária:** equilíbrio entre necessidade de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO; Ministério da Saúde, 2002. 726 p.

TEIXEIRA, Carmen F.; SOLLA, Jorge P. Modelo de atenção à saúde: promoção, vigilância e saúde da família. Salvador: EDUFBA, 2006. TENANI, Carla Fabiana *et al.* Biossegurança como ampliação da qualidade para o atendimento odontológico na atenção primária à saúde em tempos de pandemia por covid-19. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, RJ, v. 6, n. 13, p. 1-388-416, 2020.

TOBAR, Sebastián (org.). **Diplomacia em saúde e saúde global:** perspectivas latino-americanas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2017.

VILLELA, Daniel Antunes Maciel. The value of mitigating epidemic peaks of COVID-19 for more effective public health responses. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*, Uberaba, v. 53, 1-2, 2020.

---

**Conflito de Interesse:** Os autores declaram não haver conflito de interesse.

RECEBIDO: 20/10/2023

ACEITO: 12/12/2023

# TRATAMENTO DE OTOMICOSE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: UM RELATO DE CASO

## OTOMYCOSIS TREATMENT IN PRIMARY HEALTH CARE: A CASE REPORT

Otávio Mariano Nascimento Menezes<sup>1</sup>, Irajá Francisco Goettems<sup>2</sup>,  
Maria Elizabeth Araújo Ajalla<sup>3</sup>, Cláudia Du Bocage Santos-Pinto<sup>4</sup>, Everton Falcão de Oliveira<sup>5</sup>

### RESUMO

**Introdução:** A otomicose, também conhecida como otite externa fúngica, é uma doença com distribuição mundial que apresenta elevada incidência em regiões tropicais e subtropicais. Devido ao tratamento pautado na farmacoterapia e na limpeza periódica do canal auditivo, tal patologia é totalmente passível de ser tratada na Atenção Primária. **Objetivo:** Este relato tem como objetivo evidenciar a importância da Atenção Primária no diagnóstico e tratamento de um caso de otomicose. **Apresentação do caso:** Foi descrito um caso atendido como demanda espontânea em Unidade de Saúde da Família no município de Campo Grande – MS, relacionando as ações executadas pela equipe de saúde com as ferramentas e atributos que a Atenção Primária desenvolveu para o alcance da resolutividade. **Discussão:** Após dois meses de instituição do tratamento farmacológico, associado a lavagens auriculares e orientações de saúde acerca do autocuidado, foi alcançada a completa resolução do caso. **Considerações finais:** Atenção Primária, quando dotada de competência técnica e com condutas baseadas nos atributos, é resolutiva para casos de pessoas acometidas por otomicose.

**Palavras-chave:** Otomicose. Otite externa. Atenção Primária.

### ABSTRACT

**Introduction:** Otomycosis, also known as fungal otitis externa, is a disease with worldwide distribution that has a high incidence in tropical and subtropical regions. Due to treatment based on pharmacotherapy and periodic cleaning of the ear canal, this pathology is fully capable of being treated in Primary Care. **Objective:** This report aimed to highlight the importance of Primary Care in the diagnosis and treatment of a case of otomycosis. **Case presentation:** A case treated as a spontaneous demand in a Family Health Unit in the city of Campo Grande – MS was described, relating the actions carried out by the health team with the tools and attributes that Primary Care uses to achieve resolution. **Discussion:** After two months of instituting pharmacological treatment, associated with ear washing and health guidance on self-care, a complete resolution of the case was achieved. **Final considerations:** Primary Care, when equipped with technical competence and with basic conduct in the attributes, is resolving in cases of people affected by otomycosis.

**Keywords:** Otomycosis. Fungal otitis externa. Primary Health Care.

<sup>1</sup> Universidade Federal de Mato Grosso do Sul. Campo Grande, MS, Brasil. ORCID: 0000-0003-4412-3072. E-mail: otavio.mariano@ufms.br.

<sup>2</sup> Secretaria Municipal de Saúde de Campo Grande. Programa de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade. Campo Grande, MS, Brasil. ORCID: 0009-0002-1432-8667. E-mail: irajagoettems@hotmail.com.

<sup>3</sup> Universidade Federal de Mato Grosso do Sul. Campo Grande, MS, Brasil. ORCID: 0000-0002-0678-2782. E-mail:

<sup>4</sup> Universidade Federal de Mato Grosso do Sul. Campo Grande, MS, Brasil. ORCID: 0000-0002-5478-4977. E-mail: bocage.santos@ufms.br

<sup>5</sup> Universidade Federal de Mato Grosso do Sul. Campo Grande, MS, Brasil. ORCID: 0000-0002-0074-5278. E-mail: everton.falcao@ufms.br



## INTRODUÇÃO

A otite consiste em uma patologia inflamatória do ouvido que pode ser subdividida, de acordo com a sua localização, em externa, média e interna. O termo otomicose é geralmente utilizado para descrever infecções fúngicas superficiais e não invasivas do ouvido externo, incluindo pavilhão auricular, canal auditivo externo e membrana timpânica, embora o conduto auditivo externo (CAE) seja, geralmente, a estrutura afetada com maior frequência (Vennerwald; Klemm, 2010), correspondendo a aproximadamente 20% dos casos de otite externa (Pontes *et al.*, 2009).

A otomicose ou otite externa fúngica é uma doença com distribuição mundial e acomete cerca de 4 em cada 1000 pessoas (Gharaghani; Seifi; Mahmoudabadi, 2015). A incidência de otomicose é maior em regiões tropicais e subtropicais, provavelmente por causa da umidade (KIAKOJORI *et al.*, 2018). A maioria dos fungos patogênicos são exógenos e apresentam como habitat natural o solo, a água e detritos orgânicos. Os gêneros *Aspergillus* (*A. niger*, *A. fumigatus*) e *Candida* representam os agentes etiológicos mais frequentes. Espécies de outros gêneros como *Phycomycetes*, *Actinomyces*, *Rhizopus* e *Penicillium* também podem causar a otomicose (Pignatari, 2018; Smiiianov *et al.*, 2023).

A otite fúngica externa acomete mais frequentemente o sexo feminino, mas esse cenário varia de acordo com a região geográfica (Nemati *et al.*, 2014; Agarwal; Devi, 2017). Quanto à faixa etária, estima-se que adultos na terceira década de vida sejam os mais acometidos (Gharaghani; Seifi; Mahmoudabadi, 2015). Alguns estudos têm descrito a maior incidência de otomicose em pessoas com baixas condições socioeconômicas e em situação de vulnerabilidade, vivendo com precárias condições de higiene pessoal (Prasad *et al.*, 2014; Nemati *et al.*, 2014; Agarwal; Devi, 2017; Kazemi *et al.*, 2015).

Em relação à apresentação típica, as espécies do gênero *Aspergillus* produzem um tampão de micélio cinzento ou negro acastanhado e *A. niger* produz colônias pretas, semelhantes a pimenta escura (Bojanović *et al.*, 2023). Já a candidíase caracteriza-se por geralmente causar maior edema e maceração do canal auditivo profundo, com o lúmen preenchido por material esbranquiçado, semelhante à coalhada de aspecto cremoso (Pignatari, 2018).

Na população geral de pacientes imunocompetentes, a infecção é unilateral em cerca de 90% dos casos. Já o envolvimento bilateral apresenta maior relação com pacientes imunocomprometidos, embora possa ocorrer também na população geral, mas em menor proporção (Nemati *et al.*, 2014; Agarwal; Devi, 2017; Kazemi *et al.*, 2015; Anwar; Gohar, 2014). Entre esses, podemos destacar pacientes com diabetes, pacientes recentemente tratados com antibióticos e pacientes imunossuprimidos. Desse modo, as infecções fúngicas oportunistas do canal auditivo são uma preocupação emergente (Walsh; Hanson, 2023). O sintoma mais frequentemente relatado é prurido, acompanhado de otalgia, sensação de plenitude auricular, hipoacusia, otorreia e acufenos (Vennerwald; Klemm, 2010; Gharaghani; Seifi; Mahmoudabadi, 2015). A identificação precoce do patógeno é essencial para o diagnóstico e tratamento da otomicose e, em geral,

depende principalmente de métodos tradicionais baseados em cultura ou em tecnologias modernas de sequenciamento (Shuai *et al.*, 2023). Entretanto, a tempestividade envolvida no manejo dos casos demanda que os diagnósticos se baseiem principalmente na história clínica e no exame físico. Deste modo, por meio da otoscopia, pode-se observar inflamação, descamação epitelial superficial, massa de detritos e elementos fúngicos no CAE, com predileção pelo crescimento no terço interno do mesmo (Gharaghani; Seifi; Mahmoudabadi, 2015; Prasad *et al.*, 2014).

O pilar da terapia para a otomicose consiste na limpeza meticulosa do canal auditivo e na terapia antifúngica tópica. A limpeza auditiva deve ser realizada por meio de irrigação auricular com soro fisiológico previamente aquecido, o que possibilita a remoção de todos os detritos e elementos fúngicos visíveis, fator que aumenta a eficácia da medicação otológica aplicada posteriormente. É importante salientar que uma avaliação prévia da integridade da membrana timpânica deve preceder a escolha terapêutica devido ao risco de ototoxicidade do antifúngico indicado (Vennerwald; Klemm, 2010; Magliocca; Vivas; Griffith, 2018).

Apesar do prognóstico ser favorável na maioria dos casos de otomicose, o curso da doença caracteriza-se por ser longo e desafiador na medida em que necessita de sucessivas avaliações e acompanhamento regular do paciente, que pode durar até 1 ano, além da possibilidade de recorrência, que é de até 38% (Kiakojori *et al.*, 2018).

Apesar de ser relativamente frequente, até o momento, não há relatos na literatura que abordem a resolutividade de casos no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS), no Brasil. A partir desse cenário, o presente relato tem como objetivo evidenciar a importância da Atenção Primária no diagnóstico e tratamento de um caso de otomicose, por meio de suas ferramentas e de seus atributos, em especial a longitudinalidade.

## APRESENTAÇÃO DO CASO

Tratou-se de paciente de 51 anos, do sexo feminino, parda, procedente de Campo Grande (MS), adscrita no território da Unidade de Saúde da Família onde o atendimento de demanda espontânea foi realizado. A paciente procurou a unidade de saúde devido à queixa principal de otalgia em ouvido direito em junho de 2022, associada à sensação de plenitude auricular e episódios pruriginosos intensos. Negou presença de otorréia e hipoacusia. Quanto à história patológica pregressa, era portadora de diabetes não insulino-dependente, negou a realização de procedimentos otológicos prévios e a presença de corpos estranhos no ouvido. O exame físico, pela otoscopia, evidenciou a presença de filamentos e esporos finos de fungos semelhantes a mofo, de coloração esbranquiçada, associado a relativo edema do canal auditivo, sem alterações na membrana timpânica, compatível com o diagnóstico de otomicose. Mediante o quadro clínico, foi levantada a hipótese de otomicose por *Candida albicans*.

Em uma primeira abordagem, a equipe se deteve na explicação da condição de saúde à paciente, elucidando o tipo de infecção e a necessidade de um tratamento prolongado para a resolução da queixa. Após a compreensão da patologia pela paciente, como conduta para o caso, elaborou-se um plano conjunto entre a equipe multidisciplinar (composta pelo médico, enfermeira, e técnico de enfermagem) e o paciente, que consistiu em um cronograma de consultas periódicas aliado à proposta terapêutica. O objetivo foi promover o vínculo com a unidade para a realização da lavagem auricular, método alternativo eficaz para o tratamento da otomicose, e para o acompanhamento periódico do tratamento. O plano farmacológico consistiu na prescrição do fármaco *ciclopiroxolamina* 10mg/ml solução tópica, antifúngico da classe das piridonas, indicado para o tratamento de micoses tópicas, e dipirona em gotas para a resolução da queixa de dor.

Após 5 dias da primeira consulta, realizou-se a primeira sessão de lavagem auricular bilateral com solução fisiológica na sala de curativos/procedimentos da unidade de saúde. A conduta consistiu na explicação prévia do método para a paciente, leve aquecimento do soro fisiológico em microondas, com temperatura aferida em 37°C, e separação dos materiais necessários (seringa descartável, cuba rim e campo protetor para cobrir o pescoço e o ombro da paciente). Foram realizadas diversas irrigações, acarretando a saída de pequenos filamentos esbranquiçados visualizados à macroscopia.

A fim de acompanhar a eficácia do tratamento proposto, foi previsto o agendamento de consultas na unidade a cada 14 dias para avaliar o canal auditivo e solucionar as possíveis queixas associadas. No mês subsequente foram realizadas mais 2 sessões de irrigações auriculares. Além disso, devido à permanência das queixas apresentadas previamente pela paciente (otalgia, sensação de plenitude auricular e prurido), associou-se ao plano terapêutico farmacológico o uso de fluconazol 150mg, medicamento sistêmico da classe dos triazóis, disponibilizado pela farmácia da própria unidade, na posologia de 1 comprimido por semana durante o período de 1 mês.

O tratamento farmacológico associado à lavagem auricular periódica foi empregado por um intervalo de 2 meses. Ao final deste período, pôde-se evidenciar a melhora do quadro, caracterizada pela extinção dos sintomas relatados pela paciente nas consultas anteriores e, no exame físico, por uma otoscopia com o conduto auditivo revestido por camada protetora de cerume e com ausência de sinais inflamatórios, de filamentos e de esporos fúngicos.

Por fim, no intuito de concluir o caso, optou-se pela realização de uma nova sessão de lavagem auricular e pela prescrição de uma solução otológica, composta por hidroxicloroquina 0,4 mg/mL, substância com propriedades antifúngica e desinfetante, e trolamina 140 mg/mL, que ajuda a amolecer e a dissolver o excesso de cerume acumulado no conduto, por um decurso de 5 dias.

Ao final da última consulta relacionada ao quadro de otomicose (realizada 57 dias após a consulta inicial), foi esclarecido que, apesar da aparente resolução, seria possível a recorrência do caso por um período longo, de até um ano. Desse modo, foi reforçado o papel da APS no atendimento às suas demandas de saúde,

esclarecendo-a que a Unidade poderia ser buscada sempre que houvesse alguma queixa específica, como foi o caso da otomicose, mas que também deveria ser frequentada de maneira periódica, para o acompanhamento de outros aspectos de sua saúde, atuando não apenas no tratamento, mas também na prevenção.

**Quadro 1** – Síntese dos atendimentos segundo clínica e conduta da equipe de saúde.

| Data do atendimento | Exame físico otológico  | Conduta  | Profissionais envolvidos no atendimento |
|---------------------|---|--|---|
| 29/06/2022          | Hiperemia do conduto auditivo, presença de filamentos e esporos finos de fungos de coloração esbranquiçada, membrana timpânica íntegra. | Explicação da condição de saúde à paciente e elaboração do plano conjunto.               | Médico e enfermeiro                     |
| 04/07/2022          | Hiperemia do conduto auditivo, presença de filamentos e esporos finos de fungos de coloração esbranquiçada, membrana timpânica íntegra. | 1ª lavagem auricular, prescrição de ciclopiroxolamina 10mg/mL solução tópica e dipirona. | Médico                                  |
| 11/07/2022          | Melhora da hiperemia local, moderada quantidade de material fúngico, membrana timpânica íntegra.  | Prescrição de fluconazol 150mg 1 vez por semana, durante 4 semanas                       | Médico                                  |
| 18/07/2022          | Presença de secreção esbranquiçada sem hiperemia local, membrana timpânica íntegra.   | 2ª lavagem auricular e orientações sobre manutenção do uso de fluconazol 150mg           | Médico                                  |
| 01/08/2022          | Ausência de hiperemia local, pequena quantidade de material fúngico, membrana timpânica íntegra.  | 3ª lavagem auricular   | Médico e acadêmico de medicina          |
| 15/08/2022          | Ausência de hiperemia local, pequena quantidade de material fúngico, membrana timpânica íntegra.  | 4ª lavagem auricular   | Médico                                  |
| 19/08/2022          | Presença de cerume no ouvido em excesso sem hiperemia local, membrana timpânica íntegra.  | Prescrição hidroxicloroquina 0,4 mg/mL solução otológica e trolamina 140 mg/mL.          | Médico                                  |
| 25/08/2022          | Conduto auditivo revestido por camada protetora de cerume, ausência de sinais inflamatórios, membrana timpânica íntegra.                | Alta com orientações sobre a possibilidade de recorrência do quadro.                     | Médico                                  |

Fonte: Elaborado pelos autores (2023)

O presente relato foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (CAAE: 65044622.0.0000.0021).

## DISCUSSÃO

A Atenção Primária à Saúde é o nível assistencial com maior potencial de resolutividade de demandas de saúde frequentes entre a população. Entretanto, mesmo para algumas situações menos comuns, a utilização de suas ferramentas e atributos permitem também desfechos resolutivos no próprio nível primário, sem a necessidade de encaminhamentos.

A otomicose é responsável por uma considerável parcela das infecções do canal auditivo e requer um maior prazo para a completa resolução do quadro clínico, o que torna a APS o nível de atenção ideal para o manejo dos pacientes acometidos por essa condição. O caso acompanhado na Unidade de Saúde permitiu evidenciar o potencial de resolutividade da APS para uma infecção fúngica do canal auditivo, atuando desde o diagnóstico até o desfecho resolutivo. Para tanto, as tecnologias leves baseadas nos atributos da atenção primária foram importantes junto aos insumos e à competência técnica dos profissionais envolvidos.

O plano terapêutico proposto teve como base a longitudinalidade do cuidado, uma vez que a periodicidade de consultas foi fundamental para o manejo adequado do caso. Deste modo, o vínculo criado, desde o primeiro encontro, quando foram esclarecidos todos os fatores envolvidos na condição da paciente, oportunizaram a pactuação entre as partes, condição fundamental para o sucesso do plano, que envolveu a frequência quinzenal da paciente, e uso dos medicamentos de maneira correta.

O diagnóstico se baseou principalmente na clínica, com atenção dirigida ao relato do paciente acerca de seu histórico e queixas. Sua condição de diabetes se somou às manifestações no encaminhamento do diagnóstico (Walsh; Hanson, 2023). Deste modo, não se aguardou a realização de cultura, uma vez que apenas em casos específicos elas são realizadas, pois considera-se que, em geral, não é um procedimento custo-efetivo, já que na maioria dos casos existe uma rápida resposta ao tratamento (Anwar; Gohar, 2014). Ademais, no que diz respeito aos procedimentos foi importante a apropriação da equipe das condutas mais adequadas, como a temperatura do soro, uma vez que o soro muito quente ou muito frio pode aumentar o risco de estímulo do reflexo vestibular, nistagmo e náuseas (Sadovsky, 2000), bem como a inspeção cuidadosa da orelha com o auxílio do otoscópio para avaliar se a membrana timpânica se apresentava intacta. Essa simples conduta, que é um importante pilar do tratamento, pôde ser efetivamente realizada na Atenção Primária, aliada à longitudinalidade, que proporcionou a continuidade desses cuidados, por meio do agendamento das consultas periódicas.

No que diz respeito à terapia medicamentosa, a indicação terapêutica tem como opções formulações dispostas na forma de solução, suspensão, creme, pomada ou gel. Pacientes com otite externa com ausência de perfuração da membrana timpânica podem utilizar qualquer tipo de formulação. Geralmente, utiliza-se



aplicação de solução de clotrimazol 1%, antifúngico da classe dos imidazóis, duas vezes ao dia no conduto auditivo, por um período de 10 a 14 dias. Esse medicamento é eficaz contra espécies tanto de *Aspergillus* como de *Candida*, sendo considerado o tratamento de primeira linha para otite fúngica externa não complicada nos Estados Unidos (Herasym; Bonaparte; Kilty, 2016). Já na presença de perfuração, é altamente recomendado a utilização apenas de fármacos antifúngicos tópicos solúveis, como gotas otológicas ou tiras de gaze impregnadas em solução (Vennerwald; Klemm, 2010). No caso relatado, devido à indisponibilidade da solução de clotrimazol 1% ou de outros medicamentos eficazes para o tratamento da otomicose no rol de medicamentos da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), foi discutida com a paciente a possibilidade de desembolso próprio para a aquisição do tratamento.

A partir de um plano conjunto verificou-se, dentro das opções existentes, aquela que fosse mais acessível financeiramente. Diante disso, optou-se pelo ciclopiroxolamina. Esta situação depõe contra a integralidade do cuidado, uma vez que, se houvesse a impossibilidade de compra do medicamento por parte da paciente, o tratamento poderia ser inviabilizado. Esta é uma situação, infelizmente, recorrente entre pessoas de baixo nível socioeconômico, que acabam sendo as mais impactadas pela indisponibilidade de medicamentos nas unidades públicas de saúde. O único medicamento que pôde ser obtido na atenção básica foi o fluconazol, integrante na Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME) de Campo Grande. Ele foi inserido no plano terapêutico em função da permanência dos sintomas mesmo após 8 semanas de tratamento com os medicamentos tópicos.

Ressalta-se que a terapêutica foi instituída a partir do diagnóstico clínico, apoiando-se em evidências que mostram que entre as espécies de agentes etiológicamente relevantes para as otomicoses a *Candida spp.* é uma das mais frequentes (Smiiianov *et al.*, 2023). Após a instituição da terapêutica, o acompanhamento periódico foi fundamental para reavaliar o conduto por meio da otoscopia. A identificação de elementos fúngicos remanescentes indicou a necessidade de novas lavagens do canal. A literatura mostra que a limpeza dos ouvidos seguida de terapia tópica e reavaliação em intervalos de duas semanas pode ser necessária por vários ciclos para alcançar a resolução.

Destaca-se como limitação o próprio autorrelato do paciente e as próprias limitações estruturais do serviço. Entretanto, considera-se que isso reflete o cotidiano da APS e deste modo não deve ser considerado como vieses para o relato.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do caso relatado, pode-se perceber que a Atenção Primária, quando dotada de competência técnica e com condutas baseadas nos atributos, apresenta-se como o nível assistencial ideal para a resolução de condições de saúde que demandam baixa densidade tecnológica. No caso da otomicose isso ficou evidente, na medida em que foi capaz de realizar com facilidade o diagnóstico e, por meio da

longitudinalidade foi capaz de realizar encontros periódicos com o paciente para realização das condutas e acompanhamentos necessários para a resolutividade do caso.

Entretanto, a ausência das principais medicações utilizadas para o tratamento da otomicose no rol de fármacos disponibilizados pela farmácia da rede do Sistema Único de Saúde (SUS) pode comprometer a efetividade deste tratamento, principalmente de indivíduos que se apresentam em fragilidade econômica e são incapazes de despender recursos para a aquisição da medicação.

Dessa forma, políticas públicas a fim de atualizar e aprimorar a listagem de medicamentos disponibilizados pela farmácia da rede se fazem necessárias com o intuito de fortalecer a capacidade da Atenção Primária na resolução de demandas frequentes no contexto da saúde coletiva.

## REFERÊNCIAS

- AGARWAL, P.; DEVI, L. S. Otomycosis in a Rural Community Attending a Tertiary Care Hospital: Assessment of Risk Factors and Identification of Fungal and Bacterial Agents. **Journal of Clinical and Diagnostic Research**, [s. l.], v. 11, n. 6, p. 14-18, 2017.
- ANWAR, K.; GOHAR, M. S. Otomycosis; clinical features, predisposing factors and treatment implications. **Pakistan Journal of Medical Sciences**, [s. l.], v. 30, n. 3, p. 564-567, 2014.
- BOJANOVIĆ, M. *et al.* Etiology, Predisposing Factors, Clinical Features and Diagnostic Procedure of Otomycosis: A Literature Review. **Journal of Fungi**, [s. l.], v. 9, n. 6, p.662, 2023.
- GHARAGHANI, M.; SEIFI, Z.; MAHMOUDABADI, A. Z. Otomycosis in Iran: A Review. **Mycopathologia**, [s. l.], v. 179, n. 5-6, p. 415-424, 2015.
- HERASYM, K.; BONAPARTE, J. P.; KILTY, S. A. Comparison of LocacortenVioform and Clotrimazole in Otomycosis: A Systematic Review and One-Way MetaAnalysis. **The Laryngoscope**, Saint Louis, US, v. 6, n. 126, p. 1411-1419, 2016.
- KAZEMI, A. *et al.* Etiologic Agents of Otomycosis in the North-Western Area of Iran. **Jundishapur Journal of Microbiology**, v. 8, n. 9, p. e21776, 2015.
- KIAKOJORI, K. *et al.* Assessment of Response to Treatment in Patients with Otomycosis. **Iranian Journal of Otorhinolaryngology**, [s. l.], v. 30, n. 1, p. 41-46, 2018.
- MAGLIOCCA, K. R.; VIVAS, E. X.; GRIFFITH, C. C. Idiopathic, Infectious and Reactive Lesions of the Ear and Temporal Bone. **Head and Neck Pathology**, [s. l.], v. 3, n. 12, p. 328-349, 2018.
- NEMATI, S. *et al.* Otomycosis in the north of Iran: common pathogens and resistance to antifungal agents. **European Archives of Oto-Rhino-Laryngology**, [s. l.], v. 271, n. 5, p. 953-957, 2014.
- PONTES, Z. B. *et al.* Otomycosis: a retrospective study. **Brazilian Journal of Otorhinolaryngology**, São Paulo, v. 75, n. 3, p. 367-70, 2009.
- PRASAD, S. C. *et al.* Primary Otomycosis in the Indian Subcontinent: Predisposing Factors, Microbiology, and Classification. **International Journal of Microbiology**, [s. l.], p. 636493, 2014.
- SADOVSKY, R. Temperature of Saline Solution for Ear Irrigation. **Am Fam Physician**, [s. l.], v. 1, n. 61, p. 197-198, 2000.
- SHUAI, X. *et al.* Identification of Microbial Community in Otomycosis by Metagenomic Next Generation Sequencing (mNGS): Potential Implication of Treatment with Terbinafine. **Mycopathologia**, [s. l.], v. 188, p. 995-1005, 2023.
- SMILANOV, V. A. *et al.* The microbiological structure of otomycosis: sensitivity profile of agents to antifungal drugs. **Polski Merkuriusz Lekarski**, [s. l.], v. 1, n. 51, p. 42-47, 2023.
- VENNERWALD, I.; KLEMM, E. Otomycosis: Diagnosis and treatment. **Clinics in Dermatology**, [s. l.], v. 28, n. 2, p. 202-211, 2010.

WALSH, E. M; HANSON, M. B. Fungal Infections of the External Auditory Canal and Emerging Pathogens. **Otolaryngol Clin North Am.**, [s. l.], v. 56, n. 5, p. 909-918, 2023.

---

**Conflito de Interesse:** Os autores declaram não haver conflito de interesse.

RECEBIDO: 22/06/2023

ACEITO: 12/12/2023

# AGENTES INDÍGENAS DE SAÚDE E SANEAMENTO: FORTALECENDO A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E PROMOVEDO O BEM-ESTAR NAS COMUNIDADES INDÍGENAS

INDIGENOUS HEALTH AND SANITATION AGENTS: STRENGTHENING PRIMARY HEALTH CARE AND PROMOTING WELL-BEING IN INDIGENOUS COMMUNITIES

Ewângela Aparecida Pereira<sup>1</sup>, Gislaire Ferreira Maggioni Moraes<sup>2</sup>, Landisneide Luiza da Silva<sup>3</sup>, Newton Gonçalves de Figueiredo<sup>4</sup>

## RESUMO

**Introdução:** Os Agentes Indígenas de Saúde (AIS) e os Agentes Indígenas de Saneamento (AISAN) são trabalhadores que desempenham um papel importante na atenção primária à saúde nas comunidades indígenas, atuando na promoção da saúde, prevenção de doenças e cuidados básicos, por meio de ações de saneamento básico e educação em saúde. **Objetivo:** Relatar a primeira qualificação profissional para AIS e AISAN realizada pela Escola Técnica do SUS (ETSUS) “Professora Ena de Araújo Galvão” de Mato Grosso do Sul. **Apresentação da experiência:** Este relato de experiência apresenta o Programa de Qualificação dos AIS/AISAN, financiado pelo Ministério da Saúde, com execução pela ETSUS/MS e parceiros no período de 2019-2022. **Discussão:** A ETSUS/MS realizou a qualificação de AIS e AISAN, totalizando 215 agentes indígenas. A qualificação adotou metodologias ativas de aprendizagem, tais como trabalhos em grupos, dramatizações e outros. Durante as atividades de campo, os alunos produziram vídeos, cartazes, histórias em quadrinhos, folders e outros, realizaram palestras e orientações educativas em escolas, nas unidades de saúde e durante as visitas domiciliares. **Considerações finais:** Espera-se que haja cada vez mais processos de qualificação para os trabalhadores indígenas, pois essas são iniciativas que contribuem para a melhoria da saúde indígena no estado, principalmente com a possível aprovação do Projeto de Lei 3.514/19, que regulamenta a profissão dos AIS e AISAN.

**Palavras-chave:** Qualificação. Agentes Indígenas de Saúde. Saúde indígena. Atenção Primária à Saúde.

## ABSTRACT

**Introduction:** Indigenous Health Agents (AIS) and Indigenous Sanitation Agents (AISAN) are workers who play an important role in primary health care in indigenous communities, working in health promotion, disease prevention and basic care, through basic sanitation actions and health education. **Objective:** To report the first professional for AIS and AISAN carried out by the SUS Technical School (ETSUS) “Professora Ena de Araújo Galvão” in Mato Grosso do Sul. **Experience description:** This experience report presents the AIS/AISAN Qualification Program, financed by the Ministry of Health, implemented by ETSUS/MS and partners in the period 2019-2022. **Discussion:** ETSUS/MS carried out the qualification of AIS and AISAN, totaling 215 indigenous agents. The qualification adopted active learning methodologies, such as: work in groups, dramatizations and others. During the field activities, the students produced videos, posters, comics, folders and others, held lectures and provided educational guidance in schools, health units and during home visits. **Final considerations:** It is expected that there will be more and more qualification processes for indigenous workers, since they are initiatives that contribute to the improvement of indigenous health in the state, mainly with the possible approval of Bill 3.514/19, which regulates the profession of AIS and AISAN.

**Keywords:** Qualification. Indigenous Health Agents. Indigenous health. Primary Health Care.

<sup>1</sup> Gerente de Assessoramento Pedagógico da Escola Técnica do SUS “Professora Ena de Araújo Galvão” da Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso do Sul. Campo Grande, MS, Brasil. ORCID: 0000-0001-7906-7715. E-mail: ewangelap18@gmail.com

<sup>2</sup> Secretária Escolar da Escola Técnica do SUS “Professora Ena de Araújo Galvão” da Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso do Sul. Campo Grande, MS, Brasil. ORCID: 0000-0002-0951-584X. E-mail: gimaggioni@gmail.com

<sup>3</sup> Coordenadora de Curso da Escola Técnica do SUS “Professora Ena de Araújo Galvão” da Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso do Sul. Campo Grande, MS, Brasil. ORCID: 0009-0003-8987-6833. E-mail: landissilva@gmail.com

<sup>4</sup> Diretor da Escola Técnica do SUS “Professora Ena de Araújo Galvão” da Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso do Sul. Campo Grande, MS, Brasil. ORCID: 0009-0009-9886-9583. E-mail: newton.figueiredo@saude.ms.gov.br



## INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil é reconhecido internacionalmente como um modelo de política de saúde que visa promover o acesso universal, integral e equitativo aos serviços de saúde (Duarte; Eble; Garcia, 2018). Um dos pilares fundamentais do SUS é a Atenção Primária à Saúde (APS), que consiste no primeiro nível de atendimento e é responsável pela promoção da saúde, prevenção de doenças, tratamento de enfermidades comuns e acompanhamento integral das pessoas (Nakata *et al.*, 2020).

No contexto das comunidades indígenas, a atenção primária à saúde desempenha um papel crucial, visto que essas populações enfrentam desafios e necessidades específicas de saúde. Nesse sentido, os Agentes Indígenas de Saúde (AIS) e os Agentes Indígenas de Saneamento (AISAN) assumem uma importância significativa. Esses profissionais são membros das próprias comunidades indígenas ou possuem uma profunda conexão com elas, o que facilita a comunicação, o entendimento das realidades culturais e a adaptação das práticas de saúde (Diehl; Langdon; Dias-Scopel, 2012; Morel *et al.*, 2013).

Os Agentes Indígenas de Saúde e Saneamento atuam como mediadores entre as comunidades indígenas e os serviços de saúde, promovendo ações de promoção da saúde, prevenção de doenças, cuidados básicos e saneamento adequado. Sua atuação é de extrema relevância, pois eles compreendem a complexidade das questões culturais, socioeconômicas e ambientais enfrentadas pelas comunidades indígenas (Langdon *et al.*, 2006).

Além disso, a formação desses agentes é de grande importância para a própria comunidade indígena. Ao capacitá-los, proporciona-se o fortalecimento da autonomia, participação e empoderamento dessas comunidades na gestão da própria saúde (Monteiro *et al.*, 2020). A presença de agentes indígenas capacitados contribui para o desenvolvimento de práticas de saúde culturalmente adequadas, que valorizam os conhecimentos tradicionais e respeitam as especificidades das populações indígenas (Diehl; Pellegrini, 2014).

Nesse contexto, o presente trabalho apresenta o relato de experiência da qualificação de Agentes Indígenas de Saúde e Saneamento nas comunidades indígenas de Mato Grosso do Sul. Pretendemos documentar os processos de capacitação, as atividades desenvolvidas pelos agentes e possíveis repercussões observadas nessas comunidades. É fundamental relatar essa experiência, pois ela contribuirá para a disseminação de boas práticas e evidenciará a importância da formação de agentes indígenas como estratégia efetiva de fortalecimento da atenção primária à saúde e promoção do bem-estar nas comunidades indígenas.

## APRESENTAÇÃO DA EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL

A Escola Técnica do SUS (ETSUS) “Professora Ena de Araújo Galvão”, mantida pela Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso do Sul, foi criada como Centro Formador de Recursos Humanos para a Saúde (CEFOR/MS) pelo Decreto Estadual nº 3.646 de 21 de julho de 1986 e transformada pelo Decreto Estadual nº. 12.127 de 20 de julho de 2006, tem como principal missão formar e capacitar os trabalhadores de nível médio do SUS e outras clientela para o exercício profissional, mediante cursos de formação inicial e continuada, formação profissional técnica de nível médio e educação permanente, consubstanciados pelos princípios e diretrizes do SUS.

Este artigo se constitui em um relato de experiência sobre a primeira qualificação em serviço, voltada para trabalhadores indígenas executado pela ETSUS e que busca sobretudo registrar e divulgar esse processo educativo em Mato Grosso do Sul. Trata-se do programa de qualificação profissional de Agente Indígena de Saúde (AIS) e Agente Indígena de Saneamento (AISAN) executado pela ETSUS no período de 2019 a 2022, em parceria com a Universidade Federal da Grande Dourados (UFGD) e o Distrito Sanitário Especial Indígena de Mato Grosso do Sul (DSEI-MS).

Segundo dados do Censo Demográfico realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), no ano de 2010, a terceira região com concentração de indígenas é a região Centro –Oeste, sendo que Mato Grosso do Sul concentra 56% da população da região (Mato Grosso do Sul, 2023).

Em Mato Grosso do Sul, segundo a Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI/MS) a população indígena soma 80.459 habitantes, presentes em 29 municípios e está representada por 8 (oito) etnias: Guarani, Kaiowá, Terena, Kadwéu, Kinikinaw, Atikun, Ofaié e Guató (Mato Grosso do Sul, 2023).

O DSEI/MS, no âmbito de suas atribuições, presta assistência a cerca de 81.960 indígenas, distribuídos em aproximadamente 18 mil famílias, dos grupos étnicos Atikum, Guató, Guarani, Kaiowá, Ofaié, Terena, Kadiwéu, Kinikinaw, residentes em 78 aldeias e 30 acampamentos, localizados em 30 municípios do estado de Mato Grosso do Sul, numa extensão territorial de aproximadamente 590 mil hectares (Mato Grosso do Sul, 2019).

Os antecedentes desse programa tiveram início com a 5ª Conferência Nacional de Saúde Indígena (5ª CNSI), realizada em Brasília/DF, no período de 2 a 6 de dezembro de 2013, que ficou marcada pela ampla participação dos povos indígenas das várias regiões do país.

Esta 5ª Conferência já entra para a história por ter tido uma ampla participação das comunidades indígenas nos debates. Foram realizadas 306 Conferências Locais, 34 Conferências Distritais, com a participação de indígenas e não indígenas, abrangendo 305 etnias que estão distribuídas em todo o território brasileiro (Brasil, 2015, p. 19).

No Subeixo Avanços e Desafios na Área de Recursos Humanos para a Saúde Indígena: formação, educação permanente, capacitação e práticas de saúde e medicinas tradicionais e na Diretriz: Estruturar a

política de desenvolvimento de pessoas inserindo-as nos processos de formação, capacitação, educação permanente e continuada para assegurar a qualidade da atenção à saúde dos povos indígenas, respeitando suas necessidades à luz das atuações em contexto intercultural, foi proposta a ação de

Propiciar escolarização, assim como curso técnico com certificação para os Agentes Indígenas de Saúde (AIS) e Agentes Indígenas de Saneamento (AISAN) em atuação, bem como para novos profissionais, por meio de convênios/parcerias com Escolas Técnicas do SUS e outras instituições formadoras e certificadoras (Brasil, 2015, p. 50).

Atendendo a essa reivindicação, que consta da conferência referida, foi possível o financiamento do Programa de Qualificação dos Agentes Indígenas de Saúde (AIS) e dos Agentes Indígenas de Saneamento (AISAN), que teve início em 2018, nos sete Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) localizados no Estado do Amazonas. Esse programa financiado pelo Ministério da Saúde, envolveu o Departamento de Gestão da Educação na Saúde (CGATES), por meio da Coordenação Geral de Ações Técnicas em Educação na Saúde (CGATES), em conjunto com a Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI) e a Fundação Oswaldo Cruz de Mato Grosso do Sul (FIOCRUZ-MS).

O segundo estado a realizar o citado programa de qualificação foi Mato Grosso do Sul, cujos projetos, de ambos os cursos de qualificação profissional, tanto para os AIS quanto para os AISAN, estabeleceram uma carga horária de 500 horas.

O Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES), por meio da Coordenação-Geral de Ações Técnicas em Educação na Saúde, em conjunto com a SESAI, em parceria com a Fundação Oswaldo Cruz – Mato Grosso do Sul (FIOCRUZ-MS), e contando com a colaboração de diferentes profissionais em momentos distintos (entre eles: especialistas da área de saúde indígena, professores de Escolas Técnicas do Sistema Único de Saúde - ETSUS, inclusive a ETSUS “Professora Ena de Araújo Galvão” de Mato Grosso do Sul participou dessa elaboração, Trabalhadores da Saúde Indígena e Gestor do Conselho Distrital de Saúde Indígena - CONDISI), construiu as diretrizes e orientações para a qualificação dos AIS e AISAN.

Esse referencial contemplou o mapa de competências e o marco de orientação curricular, fundamentados nos seguintes eixos estruturantes: o processo de trabalho do AIS e sua articulação ensino-serviço e comunidade, os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde e os princípios da atenção diferenciada à saúde dos povos indígenas na perspectiva da interculturalidade.

Uma das primeiras ações da ETSUS “Professora Ena de Araújo Galvão”, fundamentada nessas diretrizes, foi a elaboração de dois projetos para os cursos de qualificação profissional de AIS e AISAN, que contou com a participação de profissionais do DSEI/MS, da Universidade da Grande Dourados (UFGD), da FioCruz-MS e de outros especialistas convidados.

A etapa seguinte foi o planejamento e organização de todas as etapas necessárias para a execução dos cursos no estado, realizadas em conjunto com as instituições parceiras (ETSUS, UFGD e DSEI/MS).

Conforme esse planejamento inicial, a qualificação dos AIS e AISAN de Mato Grosso do Sul tinha a previsão de término para dezembro de 2020. Porém, com a pandemia da COVID-19 que afetou o mundo inteiro, essa execução foi suspensa e adiada diversas vezes.

Vale ressaltar que muitas ações foram importantes para o desenvolvimento desse processo de qualificação, como a elaboração e publicação do edital para docentes, especialistas e coordenadores realizado pela UFGD por meio de sua Fundação de apoio, ensino, pesquisa e extensão (FUNAEPE).

Outra ação a ser destacada foi a disponibilização de material didático aos alunos-trabalhadores dos cursos. Embora a Fiocruz-MS tenha elaborado esse material, composto por 16 cadernos temáticos ilustrados, eles estavam apenas em formato digitalizado, necessitando ser impressos. Dessa forma, foi necessária a contratação de serviços gráficos e a compra de materiais pedagógicos diversos para utilização em sala de aula, como cadernos, lápis, caneta, borracha, lápis de cor, canetinhas, cartolinas, folha de isopor e outros. Também foram ofertados camisetas e kit com os materiais para todos os alunos.

O DSEI-MS, por outro lado, ficou com a responsabilidade da logística de transporte e alimentação de todos os alunos-trabalhadores, planejando em conjunto com as demais instituições envolvidas o local das turmas, a distribuição dos alunos-trabalhadores nos locais mais próximos de sua residência, bem como a organização do tempo viável para o intervalo entre os momentos de concentração (nos quais ocorriam as aulas teóricas em salas de aula) e os momentos de dispersão (nos quais ocorriam as atividades de campo a serem realizadas nas aldeias, durante o próprio horário de trabalho).

A ETSUS também elaborou um caderno de apoio para utilização pelos docentes em sala de aula. Esse material continha atividades a serem desenvolvidas em sala de aula e na dispersão. Muitas atividades planejadas para a sala de aula (momento de concentração) já haviam sido elaboradas pela Fiocruz-MS, mas, várias outras foram necessárias para adequação à realidade e à cultura dos povos indígenas do estado. As atividades de campo também foram elaboradas pela ETSUS com a colaboração de professores, coordenadores e especialistas envolvidos no projeto de qualificação.

Seguindo as diretrizes curriculares para essa qualificação, adotaram-se metodologias ativas de aprendizagem, como trabalhos em grupos, dramatizações, apresentação de vídeos, visitas técnicas, elaboração de desenhos e outros. Foi utilizado ainda um “diário de bordo” para cada turma. Sorteavam-se alguns alunos para que relatassem nesse diário o que consideraram importante no próprio aprendizado deles ao longo das aulas. Inclusive, ressalta-se que a aplicação dessas metodologias foi fundamental para a motivação e perseverança desses alunos trabalhadores durante o desenvolvimento da qualificação, pois ela se apresentou como estratégia pedagógica adequada ao perfil dos indígenas dessas comunidades.

Durante as atividades de campo, realizadas nos momentos de dispersão, os alunos produziram vídeos, materiais didáticos (como cartazes, histórias em quadrinhos, folders e outros), realizaram palestras e orientações educativas em escolas, nas unidades de saúde e durante as visitas domiciliares. Um fato



relevante foi a familiaridade que alguns trabalhadores indígenas apresentaram com a utilização de novas tecnologias, especialmente com o uso de aparelhos celulares e especificamente com a elaboração de vídeos.

Antes do início do Módulo I do curso, em que as duas categorias de trabalhadores dividiram as mesmas turmas, a ETSUS realizou capacitação pedagógica com todos os docentes selecionados que tiveram que elaborar, ao final desse processo, seus respectivos planos de aula.

Da mesma forma, antes do início do Módulo II também foi necessária a realização de novo edital para contratação de docentes, uma vez que muitos dos que deram aula no Módulo I não puderam continuar no projeto. Também foi realizada nova capacitação pedagógica para os antigos e novos docentes antes do desenvolvimento do citado módulo.

As mesmas providências e encaminhamentos realizados no Módulo II para sua execução também foram realizados antes do início do Módulo III, sobretudo novo edital para docentes, assim como capacitação pedagógica e elaboração de material de apoio.

Devido à pandemia da COVID-19, conforme explicitado anteriormente, as primeiras turmas do Módulo III do curso de qualificação de Agentes Indígenas de Saúde (AIS), ainda da primeira etapa, só ocorreram no período de 04/10 a 15/10/2021. Com a deflagração de novo surto da COVID-19, em algumas aldeias, outra suspensão ocorreu, o que fez com que as últimas turmas, compostas por AISAN, somente fossem realizadas no período de 17/10 a 21/10 e 24/10 a 28/10/2022, ou seja, dois anos após a previsão inicial, que seria em 2020.

Além desse grande problema vivenciado pela pandemia da COVID-19, houve muitos outros ao longo do desenvolvimento dessa execução como: complicações com a logística dos alunos (transporte, hospedagem e alimentação), docentes sem disponibilidade para permanecer em aldeias por duas semanas seguidas e dificuldades de integração entre os profissionais da equipe de saúde indígena (EMSI) com os docentes e alunos, para a realização das atividades de campo propostas pelo curso. Essa última dificuldade talvez tenha ocorrido, sobretudo, pelo grande lapso de tempo entre a Conferência Nacional de Saúde Indígena, realizada em 2013, na qual originou-se a solicitação dessa qualificação pelos povos indígenas, e a oferta do curso que só foi disponibilizada em 2019. Esse fato contribuiu para que muitos profissionais de nível superior não se sentissem protagonistas dessa proposta educativa, embora alguns desses profissionais tenham participado tanto da construção das diretrizes curriculares nacional e do projeto do curso, esse último, elaborado pela ETSUS, para essa qualificação.

Assim, apesar das adversidades encontradas, a qualificação dos AIS e AISAN em Mato Grosso do Sul foi realizada, sendo importante destacar algumas informações referentes a esse processo educativo. Uma delas é que todos os polos bases indígenas do estado foram envolvidos: Amambai, Antônio João, Aquidauana, Brasilândia, Bodoquena, Bonito, Caarapó, Corumbá, Dourados, Iguatemi, Miranda, Paranhos, Sidrolândia e Tacuru. As aulas ocorreram em locais diversificados, como: aldeias, salas de universidades, escolas estaduais, igrejas, centros de referência da Assistência Social e mesmo em salas dos próprios polos bases. Evidenciamos

ainda as diferentes formações dos docentes que participaram desse projeto como: enfermeiros, biólogos, engenheiros ambientais, psicólogos e historiador. Seguem algumas informações quantitativas referentes a essa qualificação:

**Tabela 1** - Quantitativo de atores e polos bases indígenas envolvidos no Programa de Qualificação Profissional de Agentes Indígenas de Saúde (AIS) e Agentes de Saneamento Indígena de Saneamento de Mato Grosso do Sul.

| Atores envolvidos  | Quantitativo |
|--|--------------|
| Docentes   | 22           |
| AIS que concluíram o curso                                   | 154          |
| AISAN que concluíram o curso                                 | 61           |
| Trabalhadores indígenas (AIS e AISAN) que concluíram o curso | 215          |
| Polos bases indígenas  | 14           |

Fonte: Elaborada pelos autores (2023)

## DISCUSSÃO

Com a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, aprovada pela Portaria do Ministério da Saúde nº 254, de 31 de janeiro de 2002, as equipes de saúde dos DSEI passaram a ter em sua composição, os AIS e os AISAN. Isso gerou uma necessidade de o Ministério da Saúde investir na qualificação destes agentes, uma vez que, por muito tempo, esse processo ocorreu de forma descontinuada em grande parte dos DSEI (Brasil, 2002).

Em 2018, nos 34 DSEI havia um total de 7.051 AIS e AISAN atuando em todo país, sendo 4.656 AIS e 2.395 AISAN. Desse total 2.495 (35,4%) já haviam passado pelo Programa de Qualificação de AIS e AISAN sendo 1.260 AIS e 248 AISAN capacitados pela Universidade Federal do Amazonas (UFAM) e 388 AIS e 234 AISAN pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP).

No estado de Mato Grosso do Sul, a Escola Técnica do SUS (ETSUS) “Professora Ena de Araújo Galvão”, em parceria com a Universidade Federal da Grande Dourados (UFGD), iniciava em maio de 2019 a qualificação de 235 AIS e 130 AISAN.

Ainda em 2019, estavam previstas três fases do programa para serem executadas no Maranhão (180 AIS e 176 AISAN), Litoral Sul (149 AIS e 98 AISAN) e no Tocantins (64 AIS e 103 AISAN (Brasil, 2018).

Além desses estados, Mato Grosso, por meio do DSEI Cuiabá (MT) que também participa do programa de qualificação profissional de AIS e AISAN, por meio da Coordenação Local da Fundação São Vicente de Paulo de Paraopeba (MG) e que atua no citado DSEI, em junho de 2021, viabilizou a entrega dos Kits com equipamentos, uniformes e material de capacitação disponibilizado pela Secretaria Especial de

Saúde Indígena (SESAI) aos Agentes Indígenas de Saúde (AIS) e Agentes Indígena de Saneamento (AISAN). A distribuição ocorreu na Aldeia Masepô, localizada a 25 km da aldeia central da região de Umutina (Fundação São Vicente de Paulo, 2021).

Vale destacar que, além dessa qualificação dos AIS e AISAN, em abril de 2020 completaram-se cinco anos da conclusão de uma experiência pioneira, na qual a Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV/Fiocruz), em parceria com a Fiocruz Amazônia, a secretaria municipal de Educação de São Gabriel da Cachoeira (AM) e a secretaria estadual de Educação do Amazonas, realizaram a formação de 139 técnicos em agente indígena de saúde. Esse curso técnico foi uma demanda apresentada pela Federação das Organizações Indígenas do Rio Negro (Foirn) ao Conselho Distrital de Saúde Indígena e teve entre muitos desafios enfrentados, a elevação da escolaridade dos estudantes indígenas ao ensino médio (Antunes, 2022).

Dessa forma, embora tenham ocorrido avanços em relação ao desenvolvimento de processos de qualificação para essas duas categorias de trabalhadores indígenas, ainda há muitos obstáculos a serem superados, como processos de ordem política, administrativa e de gestão ainda morosos e complexos que limitam o impacto dessas ações educativas na vida pessoal e profissional desses agentes de saúde e de suas comunidades.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apesar de possuir uma população indígena expressiva, no âmbito da formação em saúde, sobretudo para trabalhadores de nível médio que atuam no SUS, em especial os AIS e os AISAN, ainda há poucas instituições de ensino com projetos de qualificação e formação voltadas para esse público no estado de Mato Grosso do Sul.

A qualificação desses profissionais é de suma importância para a Atenção à Saúde Indígena e supera a necessidade de conhecimentos centrados numa visão biomédica, mas que também valorizem as competências políticas, antropológicas, epidemiológicas e de educação e promoção da saúde em contextos interculturais.

Além disso, atualmente com o Projeto de Lei 3514/19 (Brasil, 2019), que está em vias de ser aprovado na Câmara dos Deputados, os AIS e AISAN terão profissões regulamentadas no âmbito do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS) e a necessidade de qualificação aumentará ainda mais, tendo em vista que para continuarem atuando terão que estar devidamente capacitados.

Espera-se que haja cada vez mais processos de qualificação voltados para os AIS e os AISAN, pois são iniciativas que contribuem, acima de tudo, para a melhoria dos indicadores da saúde indígena, da assistência, promoção e prevenção à saúde, e da qualidade de vida dos povos indígenas do estado de Mato Grosso do Sul.

## REFERÊNCIAS

- ANTUNES, A. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). **Trabalho e Formação na Saúde Indígena**. 01 jul. 2022. Disponível em: <https://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/reportagem/trabalho-e-formacao-na-saude-indigena>. Acesso em: 05 mai.2023.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. **Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas**. 2. ed. Brasília: Fundação Nacional de Saúde, 2002. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_saude\\_indigena.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_saude_indigena.pdf). Acesso em: 5 maio 2023.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **5ª Conferência Nacional de Saúde Indígena**: relatório final. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). Educação permanente qualifica ações de saúde aos indígenas. **Canal Saúde**, Rio de Janeiro, 11 dez. 2018. Disponível em: <https://www.canalsaude.fiocruz.br/noticias/noticiaAberta/educacao-permanente-qualifica-acoes-de-saude-aos-indigenas-2018-12-11> Acesso em: 05 maio 2023.
- BRASIL. Câmara dos Deputados. **Projeto de Lei nº 3514/19**. Regulamenta a profissão de Agente Indígena de Saúde (AIS) e Agente Indígena de Saneamento (AISAN), no âmbito do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS), e dá outras providências. Brasília: Câmara dos Deputados, 13 jun. 2019. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=2207982> Acesso em: 08 maio, 2023.
- DIEHL, E. E.; LANGDON, E. J.; DIAS-SCOPEL, R. P. Contribuição dos agentes indígenas de saúde na atenção diferenciada à saúde dos povos indígenas brasileiros. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 5, p. 819–831, 2012.
- DIEHL, E. E.; PELLEGRINI, M. A. Saúde e povos indígenas no Brasil: o desafio da formação e educação permanente de trabalhadores para atuação em contextos interculturais. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 4, p. 867–874, abr. 2014.
- DUARTE, E.; EBLE, L. J.; GARCIA, L. P. 30 anos do Sistema Único de Saúde. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, DF, v. 27, n. 1, p. e00100018, 2018.
- FUNDAÇÃO SÃO VICENTE DE PAULO. **DSEI Cuiabá realiza a distribuição de kits para a capacitação de AIS e AISAN na região de Umutina**. Paraopeba, MG, 15 jun. 2021. Disponível em: <https://fundacaosvposs.com.br/noticias/dsei-cuiaba-realiza-a-distribuicao-de-kits-para-a-capacitacao-de-ais-e-aisan-na-regiao-de-umutina>. Acesso em: 05 maio 2023.
- LANGDON, E. J. *et al.* A participação dos agentes indígenas de saúde nos serviços de atenção à saúde: a experiência em Santa Catarina, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 12, p. 2637–2646, 2006.
- MATO GROSSO DO SUL. Secretaria de Estado de Turismo, Esporte, Cultura e Cidadania (SETESCC). **Comunidades Indígenas**. Campo Grande, MS: SETESCC, 2023. Disponível em: <https://www.setescc.ms.gov.br/comunidades-indigenas-2/> Acesso em: 05 maio 2023.
- MONTEIRO, C. G. *et al.* Programa de qualificação dos agentes indígenas de saúde (ais) e agentes indígenas de saneamento (AISAN): Análise do processo educacional com espacialização de qualificação, no contexto Intercultural, na Fazenda Experimental da UFAM, no Amazonas. **Boletim Informativo Unimotrisaúde em Sociogerontologia**, Manaus, AM, v. 23, n. 17, p. 1-27, 2020.
- MOREL, C. *et al.* Escolarização de agentes indígenas de saúde e de saneamento: uma experiência de educação de jovens e adultos em aldeias guarani. **Movimento-revista de educação**, [s. l.], n. 12, 18 dez. 2013.
- NAKATA, L. C. *et al.* Conceito de rede de atenção à saúde e suas características-chave: uma revisão de escopo. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p. e20190154, 2020.

---

**Conflito de Interesse:** Os autores declaram não haver conflito de interesse.

RECEBIDO: 14/06/2023

ACEITO: 08/11/2023

# INSTRUMENTO DE TRABALHO NA GESTÃO EM SAÚDE E A PERCEPÇÃO DOS ATORES DO PLANEJAMENTO DO SUS DE CAMPO GRANDE-MS

WORKING INSTRUMENT IN HEALTH MANAGEMENT AND THE PERCEPTION OF SUS PLANNING ACTORS IN CAMPO GRANDE-MS

Jéssica Priscilla Resende Magalhães<sup>1</sup>, Hena Dianna Moreira Lopes da Silva<sup>2</sup>, Rodrigo Aranda Serra<sup>3</sup>, Allana Gabrielle Ferreira da Silva<sup>4</sup>, Thais Neves de Carvalho<sup>5</sup>, Vânia Duarte Germano de Amorim<sup>6</sup>

## RESUMO

**Introdução:** O Plano de Saúde é um instrumento de planejamento do Sistema Único de Saúde (SUS) primordial para a definição das prioridades da gestão no âmbito municipal para cada quadriênio. Nessa perspectiva, a problemática deste estudo se deu a partir da escassez de documentos norteadores para elaboração das metas do plano municipal. **Apresentação da experiência profissional:** a experiência relatada foi vivenciada na Secretaria Municipal de Saúde no setor de planejamento do SUS em 2021, setor responsável por conduzir a elaboração, monitoramento e avaliação dos instrumentos de planejamento do SUS, sendo eles: Plano Municipal de Saúde (PMS), Programação Anual de Saúde (PAS) e Relatório Anual de Gestão (RAG). **Discussão:** Em 2021, a Gerência dos Instrumentos de Planejamento do SUS de Campo Grande desenvolveu uma cartilha para orientar a elaboração de metas do PMS. A cartilha foi elaborada com linguagem acessível e exemplos práticos e foi implementada por meio de oficinas virtuais. A ferramenta é importante para fortalecer a gestão e melhorar a qualidade dos instrumentos de planejamento. **Considerações finais:** A implementação de um instrumento de trabalho voltado para elaboração de metas no contexto dos instrumentos de planejamento do SUS é uma estratégia inovadora e pioneira, podendo servir como referência e suporte técnico para outros municípios, a fim de consolidar a gestão pública de saúde. Discussões sobre implantação de instrumentos norteadores do trabalho na gestão, mapeamento e qualificação dos processos, são importantes para a organização dos serviços de saúde, pois auxiliam na condução das atividades laborais para gerar resultados mais efetivos.

**Palavras-chave:** Planejamento em Saúde. Gestão em Saúde. Tecnologia Educacional. Administração Pública.

## ABSTRACT

**Introduction:** The Health Plan is a planning instrument of the Unified National Health System (SUS)<sup>7</sup> essential for defining management priorities at the municipal level for each four-year period. From this point of view, the research question of this study is due to the paucity of driving documents for developing the objectives of the municipal plan. **Presentation of professional experience:** the reported experience was observed at the Municipal Health Department in the SUS planning sector in 2021, the sector is responsible for conducting the preparation, monitoring and evaluation of SUS planning instruments, they are: Municipal Health Plan (PMS), Annual Health Programming (PAS) and Annual Management Report (RAG). **Discussion:** In 2021, the Campo Grande SUS Planning Instruments Management developed a guidebook to lead the development of MHP objectives. The guidebook was created with plain language and practical examples, and was implemented through virtual workshops. This instrument is important to strengthen the management and improve the quality of planning instruments. **Final considerations:** The implementation of a working instrument dedicated to developing objectives in the context of SUS planning instruments is an innovating and pioneer strategy that can serve as a reference and technical support for other towns, in order to consolidate public health management. The discussions about the implementation of work-guiding instruments in the management, mapping and qualification of processes are important for the organization of health services, as they help in conducting work activities to generate more effective results.

**Keywords:** Health Planning. Health Management. Educational Technology. Public Administration.

<sup>1</sup> Secretaria Municipal de Saúde, Campo Grande, MS, Brasil. ORCID: 0000-0002-9944-209X. E-mail: jessicapricila93@hotmail.com

<sup>2</sup> Secretaria Municipal de Saúde, Campo Grande, MS, Brasil. ORCID: 0000-0003-1593-4378. E-mail: henadianna@gmail.com

<sup>3</sup> Secretaria Municipal de Saúde, Campo Grande, MS, Brasil. ORCID: 0000-0001-9058-6989. E-mail: rodrigoaranda20\_04@hotmail.com

<sup>4</sup> Secretaria Municipal de Saúde, Campo Grande, MS, Brasil. ORCID: 0000-0002-9873-527X. E-mail: allana.arthur07@gmail.com

<sup>5</sup> Secretaria Municipal de Saúde, Campo Grande, MS, Brasil. ORCID: 0000-0003-0914-7941. E-mail: thaiscarvalhoenf@gmail.com

<sup>6</sup> Secretaria Municipal de Saúde, Campo Grande, MS, Brasil. ORCID: 0009-0001-7944-213X. E-mail: vania.53730@gmail.com



## INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) possui um modelo de sistema universal de saúde instituído pela Constituição-Cidadã de 1988, sendo direito de todos e dever do Estado, garantindo a universalidade, integralidade e equidade do acesso às ações e serviços públicos de saúde, incluindo a gestão descentralizada, hierarquizada, regionalizada e com a participação da comunidade, por meio das conferências e os conselhos de saúde (Brasil, 1990).

Em termos de gestão participativa, o planejamento no SUS é uma função gestora que assegura os princípios constitucionais do SUS, assim expressa as responsabilidades dos gestores em cada esfera de governo, tendo a participação social, por meio de seus órgãos deliberativos, integrados à organização sistêmica da saúde, a fim de garantir as necessidades da população (Brasil, 2016).

Portanto, no âmbito do planejamento em saúde, a gestão participativa no SUS conta com o Conselho de Saúde como uma instância deliberativa com representação paritária, sendo seus membros: usuários (50%), trabalhadores (25%) e outros 25% compostos por gestores e prestadores de serviços (Brasil, 2012).

Uma das formas de garantir a participação social no planejamento do SUS é a realização de Conferências de Saúde. Dessa maneira, baseada no contexto histórico da década de 80, a VII Conferência Nacional de Saúde veio como um dos eventos mais importantes para a saúde no Brasil (Silva *et al.*, 2015).

AVII Conferência Nacional de Saúde trouxe à luz debates voltados para a saúde como direito do cidadão e dever do Estado, a reformulação do sistema nacional e seu financiamento. Obteve-se a partir disso uma influência significativa na implantação do SUDS - Sistema Unificado Descentralizado de Saúde em 1987, por conseguinte, na elaboração da nova Constituição Federal em 1988 e na criação do SUS (Silva *et al.*, 2015).

Em 1990, foi promulgada a Lei nº 8080/90 que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde. Essa lei definiu a saúde como direito e dever do Estado, o conceito ampliado de saúde, incluindo sua determinação social, o SUS como universalidade, integralidade da atenção, igualdade, direito à informação e incorporação do modelo epidemiológico (Brasil, 1990).

O SUS foi implantado em todo território dentro das diretrizes doutrinárias e seus princípios e determina que o planejamento de ações de saúde é obrigatório para os entes públicos e indutor de políticas para a iniciativa privada (Brasil, 1990).

A Lei Orgânica da Saúde, assim também chamada a Lei nº 8080/90, estabeleceu que o processo de planejamento e orçamento do SUS seja ascendente, do nível local até o federal, de seus órgãos deliberativos, compatibilizando-se as necessidades da política de saúde com a disponibilidade de recursos em planos de saúde dos Municípios, dos Estados, do Distrito Federal e da União (Silva, 2015).

Segundo a Portaria de Consolidação nº 01 de 28 de setembro de 2017, os instrumentos para o planejamento e gestão no âmbito do SUS estão representados pelo Plano de Saúde, pelas respectivas Programações Anuais e o Relatório de Gestão, sendo instrumentos correlacionados sequencialmente,

compondo um processo cíclico de planejamento e gestão para operacionalização integrada e sistêmica do SUS (Brasil, 2017).

Sendo assim, o Plano Municipal de Saúde (PMS) configura-se como um instrumento de gestão primordial de planejamento para definição e implementação das prioridades da gestão municipal no âmbito de saúde para o quadriênio, e o planejamento de saúde acontece de forma contínua, ascendente, integrada e articulada (Brasil, 2016).

Em sua elaboração, as ideias devem estar alinhadas e apoiadas ao plano federal/estadual, respeitando as legislações que versam sobre o planejamento em saúde, tais quais as Leis 8.080/1990 e 8.142/1990, a Lei Complementar 141/2012 e o Decreto 7.508/2011, para o aprimoramento do processo de operacionalização do PMS e qualificação da gestão no SUS (Brasil, 2016).

A elaboração do PMS deve estar coerente com as deliberações das Conferências de Saúde, audiências públicas e problematizações que devem ser realizadas no primeiro semestre do primeiro ano de governo para orientar as diretrizes e objetivos do Plano (Campo Grande, 2023a).

As atividades acima mencionadas podem ser realizadas ao longo do tempo de acordo com as necessidades, o que possibilita as revisões do Plano, visto que o planejamento se dá através dos movimentos contínuos de monitoramento e avaliação (Campo Grande, 2023a).

Os instrumentos de gestão juntamente com as ações governamentais possibilitam transformar a situação de saúde da população brasileira e melhorar a qualidade na rede de atenção, e nesta perspectiva a problemática deste estudo se deu a partir da escassez de documentos norteadores para elaboração das metas no plano municipal.

Sendo assim, este relato tem como objetivo descrever as experiências durante o desenvolvimento de um instrumento de trabalho na gestão para elaborar as metas do Plano Municipal de Saúde em Campo Grande/MS. É importante ressaltar que a construção de ferramentas de trabalho torna as políticas públicas voltadas à saúde e a qualidade da gestão efetivas em todas as esferas governamentais (Figueiredo *et al.*, 2020).

## **APRESENTAÇÃO DA EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL**

### **Sistema de Informação de Planejamento do SUS**

O Sistema de Pactuação de Indicadores do Pacto pela Saúde (Sispacto) e o Sistema de Apoio ao Relatório de Gestão (SargSUS) foram utilizados até 2017. O Ministério da Saúde dispõe de um sistema de informação para estados e municípios destinado a tratar as normativas do planejamento do SUS, denominado DigiSUS (Brasil, 2021).

De acordo com a Portaria n° 750, o DigiSUS substituiu o SargSUS e o Sispecto com objetivo de aperfeiçoar a gestão em saúde, facilitando o acompanhamento das políticas de saúde e o aprimoramento do uso dos recursos públicos, com apoio aos gestores na elaboração dos instrumentos de planejamento em saúde e transparência das políticas de saúde (Brasil, 2019). Contudo, o DigiSUS foi regulamentado pela Portaria GM/MS n° 750, de 29 de abril de 2019, que altera os artigos 435 a 441 da Portaria de Consolidação n. 1, de 28 de setembro de 2017 (Brasil, 2021).

O sistema é uma plataforma digital com funcionalidade no módulo planejamento que possibilita os gestores estaduais, municipais e do Distrito Federal registrar informações do Plano de Saúde (PS) e da Programação Anual de Saúde (PAS) (Brasil, 2021).

O DigiSUS também possibilita registrar informações de prestação de contas do Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior (RDQA) e do Relatório Anual de Gestão (RAG) para apreciação do conselho de saúde, além de facilitar o monitoramento de políticas de saúde e dos recursos financeiros a fim de manter a transparência em saúde (Brasil, 2021).

Outra ferramenta tecnológica, como base de dados, relevante é a Sala de Apoio à Gestão Estratégica (SAGE), um painel informativo da situação dos instrumentos de planejamento em todo território nacional, que demonstra a atuação governamental e contribui para a transparência das ações de saúde no âmbito do SUS (Brasil, 2021).

Em agosto de 2023, a plataforma de acesso ao DigiSUS apresentou avanços importantes em seu *layout*, no menu superior, obtendo em sua página inicial as opções “Acesso Público” e “Painel SAGE”, o que facilitaram o alcance de informações que antes não eram possíveis devido o acesso restrito, sendo apenas para perfil gestor estadual/municipal, técnico estadual/municipal e ao conselho de saúde estadual/municipal (Brasil, 2021).

## **Cenário da experiência**

A cidade de Campo Grande/MS é a capital do Mato Grosso do Sul, tem 897.938 habitantes, conforme Censo de 2022. Segundo os dados da Secretaria Municipal de Saúde (SESAU), o município conta com nove Unidades Básicas de Saúde (UBSs), três Clínicas da Família (CFs), sete Estabelecimentos Penais, 26 Clínicas/Centro de Especialidades e 62 Unidades de Saúde da Família (USFs) em sete regiões distritais no município. No serviço de vigilância há sete unidades de atendimento (Campo Grande, 2023b).

Na assistência à urgência e emergência, o total de instituições é representado por dez unidades, sendo seis Unidades de Pronto Atendimento e quatro Centros Regionais de Saúde até o ano de 2023. Na rede de atenção psicossocial até 2023, constam três Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) III, um CAPS II, um CAPS Álcool e Drogas (AD) IV, duas Residências Terapêuticas, um CAPS Infante-Juvenil (IJ), uma Unidade de Acolhimento Adulto, um Ambulatório de Saúde Mental (Campo Grande, 2023b).



Há doze Centrais de Gestão em Saúde, a Procuradoria Geral do Município, o Distrito Sanitário Região do Anhanduizinho, Distrito Sanitário Região do Bandeira, Distrito Sanitário Região do Centro, Distrito Sanitário Região do Imbirussu, Distrito Sanitário Região do Lagoa, Distrito Sanitário Região do Prosa, Distrito Sanitário Região do Segredo, a Gerência de Controle e Avaliação, a Gerência de Processamento SIA/SIHD e CNES, a Ouvidoria da Saúde e a Secretaria Municipal de Saúde Pública (Campo Grande, 2023b).

Na estrutura básica da SESAU, considerando o setor que realiza a condução dos instrumentos de planejamento do SUS, conforme o decreto nº 14.883 de 03 de setembro de 2021, o departamento de Planejamento e Gestão Participativa, possui cinco gerências: a Gerência de Articulação Intersetorial e de Relações Interfederativas (GAR); Gerência de Apoio ao Controle Social (GACS); Gerência de Apoio ao Planejamento de Governo (GAPGOV); Gerência de Escritório de Projetos e Inovação em Saúde (GEPIS) e a Gerência dos Instrumentos de Planejamento do SUS (GPSUS), esta última com duas divisões, a Divisão de Monitoramento dos Instrumentos de Planejamento do SUS (DiMSUS) e a Divisão de Avaliação dos Instrumentos de Planejamento do SUS (DAPSUS).

A GPSUS é composta por uma gerência técnica, uma chefia de divisão de avaliação, uma chefia de monitoramento e duas assessorias técnicas vinculadas diretamente às divisões. Possui servidores das categorias profissionais, enfermeiros e assistente social que trabalham de forma integrada, sendo esses os atores que narram este relato de experiência.

No contexto de suas competências apresentadas no Decreto nº 14.883 de 3 de setembro de 2021 que altera o Decreto nº 14.513 de 30 de outubro de 2020 sobre a competência e aprovação da estrutura básica da Secretaria Municipal de Saúde (SESAU), em seu artigo 23, cabe à GPSUS definir uma sistemática para elaboração, acompanhamento e avaliação dos instrumentos de planejamento do SUS, garantindo apoio institucional e temático aos diversos setores da SESAU no processo de planejamento do SUS, da formulação à avaliação dos seus instrumentos.

Portanto, a Gerência dos Instrumentos de Planejamento do SUS possui como missão conduzir todos os processos que envolvem os instrumentos de planejamento do SUS para definição e execução das políticas públicas a partir da necessidade da população. A visão da gerência é institucionalizar a prática do monitoramento e avaliação dos instrumentos de planejamento do SUS na Secretaria Municipal de Saúde e ser referência para outros municípios.

Os valores se baseiam na responsabilidade, ética, transparência, qualidade, participação social, integridade, pensamento estratégico, respeito aos direitos humanos, inovação e ciência.

Destaca-se que a experiência, objeto deste relato, foi vivenciada na GPSUS/SESAU no ano de 2021, setor este responsável por coordenar e apoiar a elaboração, monitoramento e avaliação dos instrumentos de planejamento do SUS: Plano Municipal de Saúde (PMS), Programação Anual de Saúde (PAS) e Relatório Anual de Gestão (RAG).

## DISCUSSÃO

### **Passo 1: Compreensão dos instrumentos de planejamento e a importância de uma ferramenta norteadora**

No ano de 2017 o Estado do Mato Grosso do Sul, por meio da Secretaria Estadual de Saúde, elaborou uma nota técnica com intuito de orientar a construção do Plano Municipal de Saúde (PMS), contendo informações gerais como estrutura mínima, fluxos e prazos assim como os processos de programação, monitoramento e avaliação (Mato Grosso do Sul, 2017).

A partir das informações do relatório Final da 8ª Conferência Municipal de Saúde “Democracia e Saúde: Saúde como Direito e Consolidação e Financiamento do SUS”, realizada nos dias 12 e 13 de abril de 2019, pelo Conselho Municipal de Saúde com apoio da Gerência de Apoio ao Controle Social (GACS), foi feita a categorização de cada proposta de acordo com a característica de sua descrição, podendo ser para: PMS, PAS, Planejamento de Governo Processo de Trabalho e/ou Outros (de governabilidade de outras secretarias ou órgão governamentais), a fim de possibilitar a análise de viabilidade técnico-operacional e econômico-financeira das mesmas.

De fevereiro a maio de 2021 iniciaram-se as buscas por fontes teóricas para embasar e esclarecer a estruturação do PMS 2022-2025, na intenção de elaborar o referido plano em consonância com o novo formato de sistema de planejamento DigiSUS.

Foram analisados na literatura alguns manuais, guias e notas técnicas elaborados no país, voltados para a construção do plano. No estado da Bahia, a Secretaria Estadual publicou em 2009 o “Manual Prático de Apoio à Elaboração de Planos Municipais” para orientação ao planejamento municipal a partir das experiências vividas no cotidiano organizadas em doze etapas (Bahia, 2009).

Em 2021 foi publicada a nova versão do manual para elaboração do Plano Municipal de Saúde 2022-2025, denominado “Manual de apoio ao planejamento municipal em saúde”, estruturado em quatro partes (Bahia, 2021).

A parte I, apresenta os “Atores do Planejamento no SUS” e a parte II, o “Processo de Planejamento no SUS”. Na parte III são apresentados os “Produtos do Planejamento no SUS”, ao passo que na parte IV apresentam-se a finalidade e a funcionalidade do sistema DigiSUS - Módulo Planejamento.

Em Santa Catarina, o estado disponibilizou em junho de 2021 o “Guia para elaboração do Plano Municipal de Saúde 2022-2025” em sete etapas com o intuito de apoiar os gestores e técnicos da saúde na elaboração do Plano de Saúde, construído a partir de orientações dos cadernos de planejamento do SUS, e da legislação vigente no âmbito do SUS (Santa Catarina, 2021).

Conforme as literaturas acima mencionadas a elaboração do PMS, assim como outros instrumentos de planejamento, por exemplo a PAS, se dá a partir das demandas provenientes das Conferências Municipais

de Saúde, das audiências públicas para proposição de metas do Plano e de problematizações elencadas pelas áreas técnicas da rede de atenção à saúde.

Esses instrumentos compõem “um processo cíclico de planejamento para a operacionalização integrada, solidária e sistêmica do SUS e contemplam todas as áreas da atenção à saúde” (Brasil, 2017).

Diante do contexto da Pandemia pelo Novo Coronavírus foi realizada em 30 de agosto de 2021, pela Gerência dos Instrumentos de Planejamento do SUS, a “Audiência Pública Virtual - Propostas para elaboração do Plano Municipal de Saúde (PMS) 2022-2025”, em respeito à “Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012”, para escuta de reconhecimento das necessidades da população, com o apoio do Conselho Municipal de Saúde.

A referida audiência contou com a participação da sociedade civil representada através de usuários, trabalhadores e gestores do sistema de saúde de Campo Grande - MS. O regulamento encontra-se disponível no Diário Oficial de Campo Grande-MS (DIOGRANDE) n. 6.379 de 10 de agosto de 2021 nas páginas de 9 a 11.

Para as propostas de ambos os eventos, foram feitas as análises de viabilidade técnico-operacional e econômico-financeira pelas áreas técnicas da SESAU, respectivamente. Ainda sobre viabilidade, para as propostas da 8ª Conferência Municipal de Saúde foi feito alinhamento pelas áreas técnicas. As propostas viáveis se tornaram metas do PMS e as inviáveis foram justificadas. O mesmo processo de análise ocorreu com as 52 propostas da audiência pública.

Em relação à Problematização, a GPSUS solicitou às áreas técnicas que elencassem preferencialmente os problemas sentidos pela população, devendo assim o usuário ser contemplado como beneficiário na meta proposta.

Em 22 de julho de 2021 foi realizada a apresentação da proposta de elaboração do plano à Comissão de Acompanhamento da Elaboração e da Execução do PMS, à Comissão de Controle Social Comunicação, Informação e à Comissão Educação Permanente no SUS. A referida proposta de trabalho foi apresentada no pleno do Conselho Municipal de Saúde (CMS) em 22 de julho de 2021 e em 03 de agosto de 2021.

Durante o desenvolvimento das práticas laborais mencionadas e da rotina do trabalho, ficou evidente para os trabalhadores da GPSUS que os demais atores do planejamento das áreas técnicas da SESAU ainda possuíam dificuldades tanto para compreender a finalidade dos instrumentos de planejamento do SUS quanto para seguir as orientações no preenchimento dos arquivos, uma vez que as solicitações feitas pela GPSUS não eram atendidas em sua completude.

Ao longo dos anos, a Gerência dos Instrumentos de Planejamento do SUS, com a qualificação dos processos de trabalho, vem emitindo notas técnicas. Algumas delas foram adaptadas, o que culminou na cartilha “Avaliação de resultados - Informações Básicas para Atores do Planejamento”, sendo, portanto, o primeiro constructo enquanto cartilha.

Apesar das limitações, como a rotatividade dos colaboradores e insuficiência de recursos humanos na gerência, houve avanço das notas técnicas e a consolidação do que já existia, numa tentativa de institucionalizar a prática do monitoramento e avaliação dos instrumentos de planejamento do SUS na rotina de trabalho da sede SESAU.

Com o propósito de encaminhar os instrumentos de planejamento aos órgãos competentes, com qualidade e dentro do prazo, observou-se a necessidade de criar uma ferramenta de apoio transversal para, então, elaborar e implementar um instrutivo, pois notou-se que o processo de trabalho passava na maioria das vezes por um desempenho moroso em suas atividades, o que atrasava a conferência e a avaliação dos documentos.

Dessa forma, sobretudo pelas dificuldades de recursos humanos permanentes na GPSUS, com o empenho da equipe, foi elaborada a ferramenta de trabalho intitulada cartilha “Como elaborar metas”.

## **Passo 2: Elaboração e Implantação do instrumento de trabalho no setor**

A estratégia organizacional para elaboração das metas do plano se fundamentou em uma ferramenta de trabalho com informações alinhadas, uma linguagem padronizada e de fácil acesso. Sendo assim, o instrumento de trabalho denominado “Como elaborar metas” foi formulado em maio de 2021, encaminhado para Núcleo de Evidências Municipal (NEV) para análise do corpo textual.

A utilização de recurso didático como: exemplificação de metas e seus respectivos indicadores, roteiros práticos e perguntas estruturadas direcionadas facilitaram a compreensão e o desenvolvimento do conteúdo para construção do item estrutural do plano, a análise situacional de metas.

A cartilha possui abordagem conceitual sobre o que são metas e indicadores, PMS e a PAS. E há projeção para tendências de metas dos indicadores com expressões quantitativas, sendo crescentes ou decrescentes, numéricas e/ou demanda.

A unidade de medida para as metas do plano se constitui em número absoluto ou percentual, conforme critério definido no campo de preenchimento no sistema DigiSUS. Com a intenção de associar a unidade de medida para valor da meta, foi apresentado quadro com verbos mensuráveis correlacionados com os instrumentos de planejamento sejam eles do SUS ou de Governo.

Posteriormente, a cartilha foi apresentada à secretária adjunta de saúde e passou por análise jurídica, para em seguida ser encaminhada até o setor de publicação, sendo disponibilizada em meio público no Diário Oficial, através da resolução SESAU n.727, de 27 de março de 2023, como um documento norteador para construção de metas denominado “Como elaborar metas - Informações básicas para atores do planejamento”.

Cabe destacar que a cartilha também está sendo revisada para possível publicação na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS - MS) do Ministério da Saúde.

A implementação com os atores do planejamento de todas as áreas técnicas da sede SESAU se deu por meio de oficinas virtuais com participantes de setores tais quais: vigilância em saúde, rede de atenção à saúde, gestão do cuidado, controle social, educação permanente, relações institucionais, gestão do trabalho em saúde e economia em saúde.

Brotto (2016) aborda a competência como parte do conceito de qualificação centrado na relação trabalho e educação. A “Educação Continuada” integra a ideia de qualificação para o trabalho dentro das modalidades de ensino, complementares à formação profissional, por intermédio de cursos, seminários e outras atividades e/ ou experiências posteriores à formação. Tudo isso com o objetivo de aperfeiçoamento, no sentido de torná-la compatível às responsabilidades exigidas.

### **Passo 3: Avaliação do instrumento de trabalho para o fortalecimento da gestão pública municipal**

A cartilha instrutiva precede de uma linguagem operacional e flexível, permitindo adaptação às necessidades e realidades locais. A escolha de implementar o instrumento de trabalho utilizando-se de abordagens práticas pedagógicas tem como objetivo subsidiar a teoria e consolidar a prática como uma ferramenta norteadora de apoio.

Segundo Cruz *et al.* (2018) as cartilhas são ferramentas básicas e contínuas do saber que possibilitam a compreensão e apoiam ações educativas. São informações alocadas de forma acessível a todos os públicos, detendo-se de elementos visuais como forma prática de transpor conhecimento.

As percepções dos atores do planejamento da GPSUS em relação ao instrumento de trabalho implantado pelo setor são: para o *primeiro ator*, a experiência de produzir o conhecimento, tanto por meio da ferramenta "Como elaborar metas" quanto a outros produtos, como a cartilha “Avaliação dos resultados”, na micropolítica da Gerência dos Instrumentos de Planejamento do SUS (GPSUS), permitiu orientar de maneira prática os colaboradores da GPSUS.

Possibilitou-se também respaldar os colaboradores da gerência com conhecimento teórico, validar o conhecimento técnico dos integrantes da gerência, referenciar as áreas técnicas de maneira prática a produção dos instrumentos e, ainda, assegurar aos envolvidos o conhecimento teórico quanto à temática.

Importante salientar que, para atingir a efetividade do instrumento, é fundamental traçar estratégias para o alcance desse objetivo. Sendo assim, quando se trata dos processos de condução dos Instrumentos de Planejamento do SUS (elaboração, monitoramento e avaliação) é fundamental que se norteie o processo de trabalho junto aos envolvidos. Dessa maneira, à medida que há a necessidade de um produto arrojado, é importante instrumentalizar as áreas técnicas para que a consolidação desse produto seja qualificada.

O *segundo ator* aborda que a implantação de uma ferramenta norteadora no processo de trabalho, como a cartilha “Como elaborar metas - Instruções Básicas para Atores do Planejamento”, é de extrema importância para o fortalecimento da gestão e a condução efetiva dos instrumentos de planejamento. Essa

ferramenta serve como um guia prático para auxiliar no estabelecimento e acompanhamento das metas, proporcionando mais clareza, direção e organização para alcançar os objetivos desejados.

Ainda aponta que as principais vantagens da utilização de uma ferramenta norteadora são a definição e a comunicação eficiente das metas. Com uma cartilha como referência, os gestores têm acesso a diretrizes e orientações específicas sobre como elaborar metas claras, mensuráveis, alcançáveis, relevantes e com prazos definidos, o que facilita a compreensão e o alinhamento de todos os envolvidos no processo.

Além disso, aponta que a cartilha aborda a importância de definir indicadores de desempenho e mecanismos de acompanhamento das metas estabelecidas. Com isso, é possível ter um controle mais efetivo sobre o progresso e os resultados alcançados, permitindo a identificação de eventuais desvios e a adoção de ações corretivas de forma ágil.

Também para o *segundo ator*, a ferramenta norteadora contribui para a criação de um ambiente de trabalho mais organizado e focado em resultados. Ao seguir as orientações da cartilha, os gestores têm uma base sólida para o desenvolvimento de um planejamento estratégico coerente, alinhando as metas individuais e coletivas com os objetivos maiores da organização.

O mesmo ator ainda conclui que a implantação de uma ferramenta norteadora, como a cartilha "Como elaborar metas", é fundamental para fortalecer a gestão por meio de um processo de trabalho mais estruturado e eficiente. Com o auxílio dessa ferramenta, é possível estabelecer metas de forma mais clara, comunicar-se de maneira efetiva, medir o desempenho e planejar ações corretivas, impulsionando o crescimento e alcance dos objetivos organizacionais.

A percepção do *terceiro ator do planejamento* demonstra que foi efetiva a institucionalização do instrumento no setor e adesão dos envolvidos, pois obteve-se avanço evidente na qualidade das informações de elaboração do plano.

Para esse ator, tal institucionalização resultou na solidez dos dados para futuramente esclarecer e servir como subsídios a outros serviços de saúde, além do respaldo ético em auditorias públicas. Ressalta, ainda, que a coparticipação dos envolvidos, o trabalho em equipe e as ações interdisciplinares foram condutas imprescindíveis para consolidação dos instrumentos de planejamento e efetividade das metas.

Desse modo, contextualizando com a pesquisa de Saliba *et al.* (2013), a partir da análise dos PMS de três municípios, evidencia-se a necessidade de executar educação permanente dos gestores quanto à importância da elaboração sistemática do plano.

Na concepção do *quarto ator do planejamento*, a ferramenta implantada pela Gerência dos Instrumentos de Planejamento do SUS foi de suma importância na atuação como orientadora das áreas técnicas, pois, quando se tem um documento oficial para ser consultado àquele fim, aprimora-se a qualidade dos documentos assim como a efetividade e otimização de tempo que se demanda para atender as áreas técnicas.

Para ele, ter uma ferramenta norteadora fortaleceu a gerência, diminuiu as dúvidas geradas principalmente pela rotatividade dos profissionais e estabeleceu um fluxo para tal ação.

Segundo Roesse (2012), a prática do planejamento por atores sociais envolvidos diretamente na construção, possui fragilidades em seu processo de trabalho devido à alta rotatividade desses profissionais, o que compromete a qualidade da assistência e manutenção do planejamento, acarretando sobrecarga de trabalho para os que permanecem nas equipes, fragilizando assim todo o processo.

Outro desafio apontado por Roesse *et al.* (2017) em relação às iniciativas, é a cultura organizacional, sendo recomendada por meio de instrumentos de planejamento encontros periódicos como orientador das ações locais voltados para temática, plano municipal. A limitação de recursos financeiros e humanos representa fatores que dificultam a implementação do planejamento abordado por um modelo em saúde que priorize as necessidades da população (Roesse, 2012; Roesse *et al.* 2017).

O *quinto ator do planejamento* considera que o ato de planejar no âmbito do SUS se dá a partir das necessidades da população, e que desenvolver, implantar, aplicar e implementar as políticas públicas são os principais desafios no processo de trabalho na gestão em saúde.

Avalia, ainda, que a existência de instrumentos de trabalho na gestão, para execução das atividades laborais precisa ser alicerçada e fundamentada em materiais de apoio que servirão de referência para a elaboração dos instrumentos de gestão para outros municípios.

Em consonância com Reuter *et al.* (2020), o planejamento auxilia a condução da gestão municipal, colaborando com a superação de desafios nas políticas de saúde. Além disso, o planejamento facilita a definição de objetivos, a organização das ações, monitoramento, o controle dos gastos e a avaliação dos resultados obtidos.

Segundo o *quinto ator*, no estudo, foi evidenciado que dez municípios do Rio Grande do Sul apresentaram disparidades no que tange a capacidade técnica dos setores de coordenação em executar o planejamento conforme as recomendações e orientações no Ministério da Saúde.

Para encerrar, o *sexto ator do planejamento* considera a cartilha um incremento e um fortalecimento das ações de educação em saúde de modo a garantir a continuidade dos processos de trabalho das áreas, com conhecimento amplo das ferramentas adequadas para o desenvolvimento de uma visão clara e notória, que contabiliza para o entendimento, condizente ao setor. Aponta ainda que é um instrumento para conhecimento e aprendizagem, capacitando os trabalhadores com documentos qualificados, de forma mais dinâmica, eficaz e menos penosa à aquisição de saberes em planejamento no SUS.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Discussões sobre implantação de instrumentos de trabalho na gestão para mapeamento e qualificação do processo de trabalho são importantes para as organizações dos serviços de saúde, pois

auxiliam na condução das atividades laborais de forma resolutiva e transformadora. É uma reflexão fundamental acerca da necessidade de reestruturar o ambiente de trabalho, que se baseia em um documento dinâmico e que pode ser adequado conforme a necessidade do serviço em qualquer tempo, por meio de um processo de construção coletiva.

Este estudo reforça a importância de realizar pesquisas sobre a temática devido à escassez na literatura, a fim de embasar, divulgar e aperfeiçoar o processo de trabalho nos serviços públicos.

Em termos de instrumentos de planejamento do SUS, há muito ainda que se disponibilizar sobre materiais didáticos que ensinem de fato o “como fazer”.

Nesse sentido, a implementação da cartilha “Como elaborar metas - Informações Básicas para Atores do Planejamento” é uma estratégia inovadora que poderá servir como referência e suporte técnico para outros municípios, sendo capaz de consolidar a gestão da política pública de saúde, no âmbito das práticas da elaboração dos instrumentos de planejamento do SUS, ditos Plano Municipal de Saúde e Programação Anual de Saúde.

Compreender a relevância dessa ferramenta norteadora fez com que se potencializassem a produtividade e a capacidade de atingir o objetivo proposto.

Portanto, apesar dos desafios da gestão, o engajamento interprofissional, a educação permanente e a valorização profissional são aspectos relevantes que contribuem para o bom desempenho no cenário de trabalho, favorecendo assim o avanço das tecnologias em saúde e a consolidação da gestão pública municipal.

## REFERÊNCIAS

BAHIA. Secretaria de Saúde do Estado da Bahia. **Manual prático de apoio à elaboração de planos municipais de saúde**. Salvador, BA: Secretaria de Saúde da Bahia (SESAB), 2009.

BAHIA. Secretaria de Saúde do Estado da Bahia. Assessoria de planejamento e gestão. **Manual de apoio ao planejamento municipal em saúde**. Salvador, BA: Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (SESAB), 2021.

BRASIL. Lei 8.142/90, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde - SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, p. 25694, 31 dez. 1990.

BRASIL. Resolução nº 453, de 10 de maio de 2012. Aprova diretrizes para instituição, reformulação, reestruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde, Conselho Nacional de Saúde. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, p. 1-6, 10 maio 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de planejamento no SUS**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2016.

BRASIL. Portaria de Consolidação nº 1, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde, a organização e o funcionamento do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, p. 1-99, 28 set. 2017.

BRASIL. Portaria nº 750, de 29 de abril de 2019. Altera a Portaria de Consolidação nº 1/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para instituir o Sistema DigiSUS Gestor/Módulo de Planejamento - DGMP, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, p. 1-2, 29 abr. 2019.



BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Gestão Interfederativa e Participativa. **Manual do usuário: digiSUS gestor: módulo planejamento**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2021.

BROTTO, M. E. Qualificação da força de trabalho: por uma educação permanente na política de assistência social, 2016. **Revista Instituto Brasileiro de Administração Municipal - RAM**, [s. l.], n. 285, p. 4-12. Disponível em: <http://www.ibam-biblioteca.org.br/bibliivre3/DigitalMediaController?id=MTlyMzpyYW0yODUucGRm>. Acesso em: 10 jul. 2023.

CAMPO GRANDE (MS). Secretaria Municipal de Saúde Pública. **Plano municipal de saúde (PMS) 2022-2025**. Campo Grande, MS: Secretaria Municipal de Saúde Pública, 2023a. Disponível em: [prefcg-repositorio.campogrande.ms.gov.br/wp-cdn/uploads/sites/30/2023/10/1a-REVISAO-DO-PLANO-MUNICIPAL-DE-SAUDE-PMS-2022-2025](http://prefcg-repositorio.campogrande.ms.gov.br/wp-cdn/uploads/sites/30/2023/10/1a-REVISAO-DO-PLANO-MUNICIPAL-DE-SAUDE-PMS-2022-2025). Acesso em: 14 ago. 2023.

CAMPO GRANDE (MS). Secretaria Municipal de Saúde Pública. **Relatório detalhado do quadrimestre anterior (RDQA) de Campo Grande, MS: Secretaria Municipal de Saúde Pública, 2023b**. Disponível em: <https://www.campogrande.ms.gov.br/sesau/artigos/relatorio-detalhado-do-quadrimestre-anterior-rdqa/>. Acesso em: 24 jul. 2023.

CAMPO GRANDE (MS). Secretaria Municipal de Saúde Pública. Decreto n° 14.883, de 3 de setembro de 2021. Altera dispositivos do Decreto n. 14.512, de 30 de outubro de 2020, que Dispõe sobre a competência e aprova a estrutura básica da Secretaria Municipal de Saúde (SESAU) e dá outras providências. **Diário Oficial Eletrônico de Mato Grosso do Sul**: seção 1, ano 43, n. 10.627, p. 1-2, 8 set. 2021.

CRUZ, V. S. F. *et al.* O uso de cartilhas educativas como forma de continuidade da educação em saúde. **Revista Cadernos de Fisioterapia: Educação e Saúde**, [s. l.], v. 4, n. 8, p. 1-8, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0771>. Acesso em: 10 jul. 2023.

FIGUEIREDO, I. D. T. *et al.* Planejamento estratégico como ferramenta de gestão local na atenção primária à saúde. **Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social**, [s. l.], v. 8, n. 1, p. 1-12, 2020. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/340957248\\_Planejamento\\_estrategico\\_como\\_ferramenta\\_de\\_gestao\\_local\\_na\\_atencao\\_primaria\\_a\\_saude](https://www.researchgate.net/publication/340957248_Planejamento_estrategico_como_ferramenta_de_gestao_local_na_atencao_primaria_a_saude). Acesso em: 10 jul. 2023.

MATO GROSSO DO SUL. Secretaria de Estado de Saúde. **Nota técnica nº 05 – roteiro de apoio à elaboração dos planos municipais de saúde**. SES/MS: Campo Grande, MS, 2017. Disponível em: <http://www.saude.ms.gov.br/wp-content/uploads/2018/04/Nota-T%C3%A9cnica-de-Apoio-%C3%A0-Elabora%C3%A7%C3%A3o-dos-Planos-Municipais-de-Sa%C3%BAde.pdf>. Acesso em: 11 fev. 2021.

REUTER C. L. O. *et al.* Challenges of municipal planning from the perspective of nurse managers. **Rev Bras Enferm**, Brasília, DF, v. 73, n. 2, p. 1-9, 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0409>. Acesso em: 11 ago. 2023.

ROESE, A. *et al.* O planejamento municipal regionalizado e as demandas em saúde: a atualidade de um debate antigo. *In: CONGRESSO BRASILEIRO DE POLÍTICA, PLANEJAMENTO E GESTÃO EM SAÚDE*, 3., 2017. **Anais [...]**. Natal, RN: ABRASCO, 2017. p. 1-4.

ROESE, A. **Planejamento regional ascendente e regionalização: atores e estratégias da organização dos fluxos de utilização dos serviços de saúde**. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2012.

SALIBA, N. A. *et al.* Plano municipal de saúde: análise do instrumento de gestão. **Bioscience Journal**, Uberlândia, v. 29, n. 1, p. 224-230, 2013. Disponível em: <https://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/74337/2-s2.0-84874994324.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 11 ago. 2023.

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina. Gerência de Planejamento do SUS. **Guia para elaboração do plano municipal de saúde 2022-2025**. Santa Catarina, SC: Secretaria de Estado da Saúde, 2021.

SILVA, B. F. S. *et al.* A importância do planejamento como prática de gestão na microrregião de saúde de São Mateus (ES). **Saúde Debate**. Rio de Janeiro, RJ, v. 39, n. 104, p. 183-196, jan-mar, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-110420151040078>. Acesso em: 10 jul. 2023.

---

**Conflito de Interesse:** Os autores declaram não haver conflito de interesse.

RECEBIDO: 22/06/2023

ACEITO: 12/12/2023

## OS INVISÍVEIS URBANOS: O QUE AS PESSOAS EM SITUAÇÃO DE RUA PENSAM SOBRE OS SERVIÇOS SOCIAIS AOS QUAIS TÊM DIREITO?

SILVA, Jainatan Rocha da<sup>1</sup>. **Os invisíveis urbanos:** o que as pessoas em situação de rua pensam sobre os serviços sociais aos quais têm direito?. Orientador: Ronaldo Gomes Alvim. 2019. 109 f. Dissertação (Mestrado em Sociedade, Tecnologias e Políticas Públicas) – Centro Universitário Tiradentes, Maceió, Alagoas, 2019.

### RESUMO

**Introdução:** O interesse por esta temática se deu por meio da experiência profissional com a população em situação de rua entre os anos de 2014 e 2017 no Albergue Municipal em um município no interior do estado de Alagoas. Na oportunidade, devido à nossa atuação na área de psicologia, surgiu a necessidade de investigar a realidade da invisibilidade social e política voltada para esse grupo específico pela falta de articulação de serviços públicos e da não efetivação da Política Pública direcionada a essa população. A escolha também se deu devido à inexistência de dados atualizados referentes à quantidade de pessoas que se encontram em situação de rua, nacionalmente, e especificamente na Cidade de Maceió – AL, pois a última pesquisa nacional aconteceu entre os anos de 2007 e 2008, sem atualizações até o momento. Além disso, também não há informações de quantas pessoas encontram-se em situação de rua de acordo com o censo do IBGE. Tal situação tende a afetar ainda mais para não distribuição igualitária dos recursos necessários para o atendimento dessa população. No tocante à problemática social em estudo, faz-se necessário desmistificar e desconstruir qualquer prática que seja excludente e fragmentada, para passar a gerir uma prática ampliada e contextualizada no atendimento e nas ações destinadas às pessoas em situação de rua. Percebemos a carência de ações direcionadas a esse grupo social de maneira igualitária, na perspectiva da autonomia, levando essa população a se sentir valorizada e respeitada na sua integralidade e singularidade enquanto cidadã. Outro ponto fundamental a ser citado é a necessidade de proporcionar a visibilidade a essa população, tanto no contexto social em que habita, quanto por parte dos Poderes Públicos, pois o comprometimento no planejamento e na execução de Políticas Públicas de inclusão é de suma importância, visto que a população mencionada carece ser percebida e tratada como parte integrante da sociedade. Nesse sentido, a importância desta pesquisa situa-se em possibilitar o redirecionamento das ações desenvolvidas e direcionadas à população em situação de rua, para que, assim, a Política Pública voltada para essa população seja efetiva, unificada e articulada com outras políticas, e que esse grupo social seja de fato atendido diante de suas necessidades. **Objetivos:** Desta feita, a pesquisa teve como objetivo analisar o nível de satisfação das pessoas em situação de rua em relação aos serviços sociais aos quais têm direito. Simultaneamente investigamos os principais fatores que explicam a condição de rua, bem como a forma que esse grupo utiliza para sobreviver a esta realidade. **Materiais e Métodos:** A metodologia utilizada para esta pesquisa foi a técnica de análise do conteúdo das entrevistas com caráter descritivo. Assim, para dar início à coleta de dados, a pesquisa foi submetida, no mês de julho de 2018, ao Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário Tiradentes (CEP – UNIT/AL), órgão que tem como função avaliar projetos de pesquisa que envolvem a participação de seres humanos, e que segue as normas estabelecidas pelo Comitê Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) para pesquisa envolvendo seres humanos (Resoluções Nº 466/12 e 510/16). Por meio do parecer Nº: 2.993.847 a pesquisa foi validada no dia 31 de outubro de 2018, a qual seguiu os critérios estabelecidos pela resolução. A investigação foi desenvolvida na Cidade de Maceió/AL, no Centro de Referência Especializado para a População em Situação de Rua (CENTRO POP), bem como na instituição de

<sup>1</sup> Psicóloga, Especialista em Saúde Pública e da Família, Especialista em Psicologia Hospitalar e Mestre em Sociedade, Tecnologias e Políticas Públicas. Centro Universitário Tiradentes – Unit, Maceió, Alagoas, Brasil. ORCID: 0000-0003-4974-5284 E-mail: jainarocha10@gmail.com



acolhimento provisório (Albergue – Manoel Coelho Neto). **Resultados:** O referido trabalho teve como participantes, independentes do gênero, raça/etnia, 30 voluntários, com faixa etária entre 18 e 80 anos. No resultado obtido, majoritariamente, os entrevistados foram do sexo masculino com 73%, seguido do sexo feminino com 27%. **Conclusão:** Pode-se concluir que o grupo social estudado se encontra insatisfeito com os serviços sociais dirigidos a ele, e a Política Pública por meio do Decreto 7.053/2009 não está contemplando essa população de maneira unificada e articulada com outras políticas. Neste sentido, o que se espera dos Poderes Públicos é a efetivação de uma Política Pública de garantia de direitos e cidadania, e que essa população de fato seja atendida diante de suas necessidades.

**Palavras-chave:** Pessoas em situação de rua. Invisibilidade Social. Políticas Públicas.





e-ISSN 2675-7656



ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA  
DR. JORGE DAVID NASSER

**SES**  
Secretaria de  
Estado de  
Saúde



GOVERNO DE  
**Mato  
Grosso  
do Sul**