



CaEPS

Cadernos de Ensino
e Pesquisa em Saúde

ESCOLAGHC

5

Vol. 5

Jan./Dez. 2025



EDITORIAL

Ciência em movimento: o valor das publicações em fluxo contínuo

Cecilia Biasibetti Soster¹
Daniel Demétrio Faustino-Silva²
Rodrigo de Oliveira Azevedo³
Elisandro Rodrigues⁴

(¹) Editora assistente Cadernos de Ensino e Pesquisa em Saúde. Graduada em Enfermagem. Doutora em Gestão do Cuidado de Enfermagem. Docente do Curso de Gestão Hospitalar da Faculdade de Ciências da Saúde do GHC. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5905-6661>. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/6443831704110176>. E-mail: bceciliasilva@ghc.com.br

(²) Editor chefe Cadernos de Ensino e Pesquisa em Saúde. Cirurgião Dentista. Doutor em Odontologia em Saúde Bucal Coletiva. Professor do Mestrado Profissional de Avaliação de Tecnologias para o Sistema Único de Saúde. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6876-6537>. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/3497215871361607>. E-mail: danielsilva@ghc.com.br

(³) Editor assistente Cadernos de Ensino e Pesquisa em Saúde. Licenciado em Educação Física. Doutor em Educação. Técnico em Educação e Coordenador da Gerência de Ensino e Pesquisa do Grupo Hospitalar Conceição. Docente do Curso de Gestão Hospitalar da Faculdade de Ciências da Saúde do GHC e do Mestrado Profissional em Avaliação e Produção de Tecnologias para o SUS. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0734-7061>. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/7560240418281622>. E-mail: arodrigo@ghc.com.br

(⁴) Editor assistente Cadernos de Ensino e Pesquisa em Saúde. Pedagogo. Doutor em Educação. Faculdade de Educação, Departamento de Estudos Básicos, Programa de Pós-Graduação em Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Mestrado Profissional em Avaliação e Produção de Tecnologias para o SUS do GHC. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9146-4841>. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/4466204282399825>. E-mail: elisandro.rodrigues@ufrgs.br

No ano de 2025 o Cadernos de Ensino e Pesquisa em Saúde adota o formato de publicações em fluxo contínuo. Nessa modalidade os artigos são imediatamente publicados tão logo sejam aprovados após o processo de revisão por pares e decisão da equipe editorial. Sendo assim, não é necessário aguardar o período de fechamento das edições semestrais ou anuais das revistas, de modo que o conhecimento científico validado pelo processo editorial passa a ser disponibilizado de imediato para a comunidade científica e para a sociedade.

A forma como os resultados de pesquisa é divulgada influencia diretamente o avanço da ciência em saúde. A publicação seriada, estruturada em edições, foi fundamental para consolidar periódicos como espaços de validação e circulação de conhecimento. No entanto, em um contexto de interconexão digital, a lógica de

fascículos impressos e prazos fixos impõe limites à disseminação oportuna de evidências científicas (Lorenzini *et al.*, 2023).

A pandemia de COVID-19 evidenciou a necessidade de reduzir o intervalo entre a produção do conhecimento e seu acesso público. O modelo de publicação em fluxo contínuo surgiu como resposta a essa demanda (Benson Marshall *et al.*, 2025). Nesse formato, manuscritos aceitos são disponibilizados imediatamente após a finalização dos processos editoriais, sem aguardar a composição de uma edição completa. Esse processo potencializa o acesso, a leitura e a aplicação dos resultados, especialmente em campos em que atualizações frequentes são determinantes para decisões clínicas, políticas públicas e diretrizes de prática.

Periódicos reconhecidos e consolidados na área da saúde já operam com fluxo contínuo. Essa prática tem impactado métricas de visibilidade e citação de autores e periódicos, além de estimular uma dinâmica de comunicação científica mais alinhada a iniciativas de ciência aberta. Ainda assim, a adoção do fluxo contínuo implica desafios que demandam atenção de editores, revisores e autores (Simm; Eigi-Watkin, 2024).

A agilidade do processo de publicação não atenua a necessidade da revisão por pares criteriosa, análise ética e verificação de dados. O tempo reduzido entre submissão, avaliação e disponibilização requer processos editoriais estruturados e equipes preparadas para mitigar riscos de imprecisão ou retratação. Ao mesmo tempo, essa modalidade exige dos autores reciprocidade na agilidade de respostas, correções e ajustes solicitados pelos revisores. Portanto, todos os atores envolvidos no processo devem comprometer-se com o equilíbrio entre agilidade e rigor científico, tendo esses como parâmetros centrais para a credibilidade de periódicos que optam pelas publicações em fluxo contínuo (Benson Marshall *et al.*, 2025).

Periódicos, sociedades científicas e instituições de pesquisa devem atuar de forma integrada para fortalecer práticas editoriais que aliem velocidade de publicação, qualidade técnica e transparência. Autores têm papel essencial na submissão de manuscritos que atendam padrões de qualidade e ética em pesquisa, enquanto revisores e editores mantêm o compromisso com avaliações fundamentadas em evidências.

A publicação em fluxo contínuo, além de uma opção técnica, é uma estratégia que amplia a circulação de resultados, favorece a comunicação científica e contribui para respostas mais céleres a problemas em saúde. Ao adotar esse modelo, reafirma-se o

compromisso com o acesso tempestivo a dados que podem fundamentar decisões clínicas e políticas baseadas em evidências, em especial no âmbito do Sistema Único de Saúde.

No campo da ciência em saúde, cada dado disponibilizado sem atraso representa uma possibilidade de impacto real nas práticas assistenciais e no ensino na saúde. Periódicos que operam em fluxo contínuo reforçam sua função como veículos de mediação entre produção de conhecimento e prática em saúde. Nessa linha, o Cadernos de Ensino e Pesquisa em Saúde, periódico do Grupo Hospitalar Conceição (GHC), ao operar no processo de fluxo contínuo, assume um compromisso com a agilidade do processo de editoração, sem abrir mão da qualidade e segurança de suas publicações.

REFERÊNCIAS

BENSON MARSHALL M.T. *et al.* “It’s messy and it’s massive”: How has the open science debate developed in the post-COVID era?. *F1000Research*. Londres, v.14, p.500, 2025. DOI:<https://doi.org/10.12688/f1000research.162577.1>. Disponível em: <https://doi.org/10.12688/f1000research.162577.1>. Acesso em: 24 jul. 2025.

LORENZINI, E. *et al.* Open science: trends in scientific publication. *Texto & Contexto Enfermagem*. Florianópolis, v.32, p. e2023E003, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2023-E003en>. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2023-E003en>. Acesso em: 24 jul. 2025.

SIMM, K.; EIGI-WATKIN, J. Diverse sources of normativity in open science and their implications for ethical governance. *Royal Society Open Science*. Londres, v.11, p.240480, 2024. DOI: <https://doi.org/10.1098/rsos.240480>. Disponível em: <https://doi.org/10.1098/rsos.240480>. Acesso em: 26 jul. 2025.

Como referenciar este artigo (ABNT):

SOSTER, Cecilia Biasibetti; *et. al.*. Ciência em movimento: o valor das publicações em fluxo contínuo. *Cadernos de Ensino e Pesquisa em Saúde*, Porto Alegre, v. 5, e485, jan./dez. 2025.



ARTIGOS

Conselho local de saúde: desafios e potencialidades a partir da visão de conselheiros do segmento usuários

Local health council: challenges and potentialities from the perspective of user segment council members

Consejo Local de Salud: desafíos y potencialidades desde la visión de los consejeros del segmento usuarios

Renata Silva e Silva¹
Renata Pekelman²
Cássio Andrade Machado³

(¹) Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade pelo Grupo Hospitalar Conceição. Terapeuta ocupacional da saúde mental do município de Sapucaia do Sul. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5685-1144>. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/4860749485190791>. Email: renatassilva.to@gmail.com

(²) Mestrado em Educação - UFRGS; Médica de família e Comunidade/GAPS - GHC; Facilitadora pedagógica das residências de Medicina de Família e Comunidade e Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade/GHC e Docente da Faculdade de Ciências da Saúde - FACS/GHC. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6249-5542>. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/4064092473895685>. E-mail: renatapek@gmail.com.

(³) Mestrado em Ciências da Saúde - UFCSPA; Especialista em Práticas Pedagógicas em Serviços de Saúde - UFRGS; Residência em Saúde da Família e Comunidade - GHC; Licenciatura em Psicologia - UFRGS; Bacharel em Psicologia - PUCRS. Técnico em Educação - GHC. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7658-0211>. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/1408118763899085>. E-mail: cassioandrademachado@gmail.com.

RESUMO

Este artigo volta-se para os Conselhos Locais de Saúde (CLS) na cidade de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, a partir da visão dos conselheiros usuários dos serviços. O objetivo geral é discutir as potencialidades e desafios da participação popular nos CLS. Neste trabalho entende-se participação em saúde como a capacidade dos cidadãos de intervirem nas decisões políticas, e os conselhos de saúde são instâncias privilegiadas para tal. Mesmo com a participação da comunidade sendo diretriz do Sistema Único de Saúde, estudos indicam haver dificuldade de implementar e manter estes espaços. Trata-se de uma pesquisa qualitativa do tipo estudo de caso, na qual foram realizadas entrevistas semiestruturadas com conselheiros do segmento usuário de seis gerências distritais de Porto Alegre, escolhidos por conveniência. Para análise dos dados, realizou-se análise de conteúdo a partir da hermenêutica, construindo três grandes categorias: desafios da participação e estratégias de enfrentamento, potências e perspectivas do CLS, e a Saúde como mercadoria e a terceirização da Atenção Primária em Saúde em Porto Alegre. Conclui-se que a participação popular continua sendo um desafio dos conselhos de saúde, mas também é reconhecida como potência, já que os conselheiros consideram as trocas nestes espaços como um dos seus grandes pontos positivos.

Palavras-chave: controle social formal; participação da comunidade; conselhos de saúde; SUS.

ABSTRACT

This article focuses on the Local Health Councils (CLS) in the city of Porto Alegre, Rio Grande do Sul, from the perspective of service user council members. The general objective is to discuss the potentialities and challenges of popular participation in the CLS. In this study, participation in health is understood as the citizens' capacity to intervene in political decisions, with health councils serving as privileged instances for this purpose. Even though community participation is a guideline of the Brazilian

Unified Health System (SUS), studies indicate difficulties in implementing and maintaining these spaces. This is a qualitative case study, in which semi-structured interviews were conducted with user segment council members from six district management offices in Porto Alegre, selected by convenience. For data analysis, content analysis based on hermeneutics was carried out, resulting in three major categories: challenges of participation and coping strategies; strengths and perspectives of the CLS; and health as a commodity and the outsourcing of Primary Health Care in Porto Alegre. It is concluded that popular participation remains a challenge for health councils, but it is also recognized as a strength, since council members consider the exchanges within these spaces to be one of their main positive aspects.

Keywords: formal social control; community participation; health councils; Brazilian Unified Health System.

RESUMEN

Este artículo se centra en los Consejos Locales de Salud (CLS) en la ciudad de Porto Alegre, Río Grande del Sur, desde la perspectiva de los consejeros usuarios de los servicios. El objetivo general es discutir las potencialidades y los desafíos de la participación popular en los CLS. En este trabajo se entiende la participación en salud como la capacidad de los ciudadanos para intervenir en las decisiones políticas, siendo los consejos de salud instancias privilegiadas para tal fin. A pesar de que la participación comunitaria es una directriz del Sistema Único de Salud, los estudios indican que existe dificultad para implementar y mantener estos espacios. Se trata de una investigación cualitativa de tipo estudio de caso, en la cual se realizaron entrevistas semiestructuradas con consejeros del segmento usuario de seis gerencias distritales de Porto Alegre, elegidos por conveniencia. Para el análisis de los datos, se llevó a cabo un análisis de contenido a partir de la hermenéutica, construyendo tres grandes categorías: desafíos de la participación y estrategias de afrontamiento; potencialidades y perspectivas del CLS; y la salud como mercancía y la tercerización de la Atención Primaria de Salud en Porto Alegre. Se concluye que la participación popular sigue siendo un desafío para los consejos de salud, pero también es reconocida como una potencialidad, ya que los consejeros consideran los intercambios en estos espacios como uno de sus principales aspectos positivos.

Palabras clave: control social formal; participación comunitaria; consejos de salud; Sistema Único de Salud.

INTRODUÇÃO

Durante a ditadura militar brasileira, a forma de gestão das políticas públicas não incluía a participação popular. O controle público foi abolido e nem mesmo o Congresso Nacional participava do debate e da decisão de políticas sociais (Rocha, 2008). Entretanto, na década de 1970, mesmo com forte repressão, os movimentos sociais ganham maior visibilidade e aos poucos se fortalecem na luta pela redemocratização, bem como por melhores condições de saúde, educação e habitação (Rocha, 2008). A movimentação de vários anos culminou na 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986. A conferência foi um momento histórico e nela se reconhecia a saúde como direito da população e dever do Estado, bem como se propunha a estruturação de um Sistema Único de Saúde (Brasil, 1986; Paim, 2008). A participação popular e controle social das políticas faziam parte da discussão e o relatório final da conferência tem elementos que aparecem na Constituição Federal (CF) de 1988 e na Lei nº 8080/90, a Lei Orgânica da Saúde (LOS).

Depois da CF e da LOS, que garantiram a saúde como direito da população e a importância da participação popular na construção do SUS, temos aprovada a Lei nº 8142 de 1990, que dispõe sobre a participação da comunidade e as transferências de recursos financeiros. No seu 1º artigo, consta que, em cada esfera de governo, o SUS contará com duas instâncias colegiadas: a conferência de saúde e o conselho de saúde. A primeira ocorre a cada quatro anos, em um caráter avaliativo da situação de saúde além de propositivo em relação às diretrizes para formulação de políticas (Brasil, 1990).

Já o conselho de saúde tem um caráter permanente e deliberativo, atuando na formulação e controle da execução da política de saúde. Ele é composto por representantes do governo, prestadores de serviços, trabalhadores e usuários, estes últimos com representação paritária em relação aos outros representantes (Brasil, 1990). Ao fazer uma retrospectiva das conferências e conselhos, Stotz (2009) aponta para algumas dificuldades envolvendo estas instâncias participativas, mas as defende como campo político de defesa contra o avanço neoliberal. Em 1989, Valla e Stotz já afirmavam que não era possível separar o caráter deliberativo dos conselhos de saúde de sua composição paritária. Para os autores, as deliberações são resultado da correlação de forças que envolvem os participantes. E esta correlação tende a reunir alguns setores, além de depender dos interesses em jogo que resultam nas políticas de saúde para toda uma população (Valla; Stotz, 1989).

No âmbito dos conselhos de saúde, temos os Conselhos Locais de Saúde (CLS), objeto deste trabalho. Os CLS apresentam-se como um dos mecanismos que possibilitam acesso às reais necessidades dos territórios, além de facilitar o desenvolvimento coletivo de ações e políticas de saúde, atuando no planejamento local, avaliação e controle social das ações, além de definir metas e prioridades para a área de cobertura da unidade de saúde (Florianópolis, 2017; Vieira, 2018). Vieira (2018) argumenta a importância da participação popular no contexto local, considerando que este amplia a descentralização das decisões, permitindo que os usuários possam acompanhar de perto as ações de saúde, definindo junto com as equipes as prioridades (Vieira, 2018). Na cidade de Porto Alegre, o CLS é uma das instâncias descentralizadas e regionalizadas dentro do controle social, que conta com o Conselho Municipal de Saúde (CMS) e com os Conselhos Distritais de Saúde (CDS) (Cechinel *et al.*, 2020).

Para Correia (2009), o controle social deve ser estratégia das classes subalternas para conseguirem que o Estado incorpore seus interesses, já que o mesmo defende os interesses da classe dominante. Assim, controle social envolve a capacidade da classe subalterna de intervir na gestão pública em busca de seus interesses de classe (Correia, 2009). Bispo Júnior e Gerschman (2013) declaram que os conselhos de saúde são uma nova forma de relação entre Estado e sociedade civil já que permitem que esta se insira em núcleos de decisão, constituindo-se como ferramenta de democratização do Estado. Assim, os conselhos de saúde são resultado do processo de democratização, mas também pressuposto para o fortalecimento da democracia (Bispo Júnior; Gerschman, 2013).

Dessa forma, reconhecendo a importância desses mecanismos de participação, instituídos desde os anos 1990, o objetivo deste trabalho é discutir as potencialidades e desafios da participação popular nos conselhos locais de saúde da cidade de Porto Alegre/RS, reunindo experiências de seis conselhos locais de saúde de diferentes gerências distritais do município e investigar como os conselheiros locais do segmento usuário entendem o controle social.

MÉTODOS

Este artigo é produto de pesquisa realizada como trabalho de conclusão de residência (TCR) da Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade do Grupo Hospitalar Conceição (GHC).

Trata-se de uma pesquisa qualitativa do tipo estudo de caso. De acordo com Minayo (2009), a pesquisa qualitativa se volta para o universo dos significados, dos valores, crenças e atitudes, de modo a olhar para uma realidade que não deve ser quantificada. Um mundo de intencionalidade, relações e representações, que é o mundo da produção humana, dificilmente será possível de ser traduzido em números e quantidades (Minayo, 2009). O estudo de caso é um procedimento metodológico com o intuito de reunir informações sobre um fenômeno, com enfoque no entendimento da dinâmica real do contexto (Freitas; Jabbour, 2011). Como principais benefícios temos a compreensão e a descrição de eventos reais, testar uma teoria existente, bem como desenvolver uma nova teoria. O estudo de caso é um método apropriado para conhecer profundamente as particularidades de determinado fenômeno (Freitas; Jabbour, 2011).

Neste estudo foram entrevistados seis usuários conselheiros de conselhos locais de unidades de saúde da cidade de Porto Alegre, escolhidos por conveniência. Realizamos o mapeamento das unidades de saúde de Porto Alegre por gerência distrital em funcionamento em 2023, além do contato com profissionais da rede de saúde, via telefone e aplicativo de mensagem, com o intuito de colaborar com o mapeamento dos CLS da cidade e seus conselheiros. O critério para a escolha do conselheiro usuário foi envolver unidades de saúde com conselhos em funcionamento nos últimos doze meses.

Minayo (2007) nos traz que a fala é reveladora de contradições, símbolos e valores, permitindo a transmissão de representações sociais além do contexto histórico, socioeconômico e cultural, e que as entrevistas são uma técnica de pesquisa em que o pesquisador se coloca para o entrevistado e, ao lhe fazer perguntas, tem o intuito de recolher dados para a sua investigação (Gil, 1989). Sidi e Conte (2017) argumentam que entrevistas são mais do que relatos, pois a partir delas é possível entender de maneira mais ampla o contexto do que se estuda, além de conhecer o mundo em que o entrevistado em questão habita. A hermenêutica garante contextualização e historicidade, através do que foi dito pelo entrevistado, para formular novas questões e investigar problemas (Sidi; Conte, 2017).

Para análise, volta-se para a hermenêutica que “pode ser compreendida como a maneira pela qual interpretamos algo no movimento que interessa e constitui o ser humano, de formar-se e educar-se” (Gil, 1989, p. 1945). As autoras declaram que a hermenêutica é fundamental para a compreensão do entrevistador, levando em conta que o pesquisador irá estabelecer diálogo com o sujeito da investigação, realizar a entrevista, interpretar o que está sendo dito e ainda, reestruturar e integrar tal compreensão em um discurso da atualidade. Assim, o investigador estabelece um diálogo aberto com textos e interpretações de mundo (Gil, 1989). A análise de conteúdo hermenêutica é compreendida em um movimento cíclico de análise, interpretação e compreensão do conteúdo do texto a partir da sistematização, codificação, categorização, interpretação, compreensão e reflexão (Vieira, 2019).

Assim, para realização das entrevistas, foi feito contato telefônico com os conselheiros, convidando-os para participar da pesquisa, realizando as entrevistas de maneira presencial, em sala no Grupo Hospitalar Conceição ou por chamada de vídeo

ou telefonema, a critério do conselheiro. Orientaram-se os conselheiros que, optando por entrevista à distância, houvesse cuidado com local protegido para sua realização.

No dia, leu-se o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para cada um dos conselheiros, os quais deram seu aceite, antes da realização da entrevista, que seguiu o roteiro previamente construído. O tempo de entrevista variou de 15 minutos a 1 hora. Todas as entrevistas foram realizadas de forma não presencial. Depois de concluídas as seis entrevistas, foram feitas as transcrições pela pesquisadora, o que permitiu que o processo de análise se iniciasse já durante o momento de transcrição. Após isso, foi feita a leitura, com o intuito de identificar aquilo que se destacava, para categorizá-las em três grandes grupos, que serão discutidos posteriormente, são eles: Desafios da participação e estratégias de enfrentamento, potências e perspectivas do CLS, e a Saúde como mercadoria e a terceirização da atenção primária à saúde (APS) em Porto Alegre. Na apresentação dos trechos e falas os participantes foram utilizados nomes fictícios.

O trabalho foi encaminhado para o Comitê de Ética em Pesquisa do Grupo Hospitalar Conceição para apreciação sob nº CAAE 69418823.4.0000.5530 e teve início após aprovado (parecer nº 6.148.792). Respeitando a resolução nº 466/2012 (Brasil, 2012) que trata da ética em pesquisa com seres humanos, bem como a resolução nº 510/2016 (Brasil, 2016).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os conselheiros entrevistados faziam parte de seis das oito gerências distritais (GD) da cidade, sendo elas: Centro, Noroeste/Humaitá/Navegantes/Ilhas, Norte/Eixo Baltazar, Leste/Nordeste, Glória/Cruzeiro/Cristal e Sul/Centro-Sul. As unidades de saúde de Porto Alegre estão organizadas em 17 distritos sanitários, que fazem parte das 8 gerências distritais que integram as quatro coordenadorias distritais (Norte, Sul, Leste, Oeste). As gerências distritais são estruturas administrativas descentralizadas para discussão da atenção à saúde, e cada coordenadoria conta com coordenação e assessoria técnica, administrativa e de monitoramento (Cechinel *et al.*, 2020; Porto Alegre, 2023). Assim, mesmo não tendo entrevistados conselheiros de todas as GD, garantiu-se ao menos representação das quatro coordenadorias distritais: Norte, Sul, Leste e Oeste.

Em relação aos participantes da pesquisa, foram entrevistados quatro conselheiros homens e duas mulheres; todos estavam aposentados e tinham mais de 60 anos, com idades variando de 62 a 81 anos. O tempo de atuação no conselho local de saúde variou de três a vinte anos. Não houve recusas quanto a participação na pesquisa.

Os resultados e a discussão serão apresentados a partir de três categorias construídas com base na análise das entrevistas, sendo elas: desafios da participação e estratégias de enfrentamento, potências do CLS, e, por último, saúde como mercadoria e terceirização da atenção primária em saúde. Vale pontuar que se reconhece a última categoria como desafio, podendo estar inserida no primeiro grupo, mas optou-se por destacá-la em uma categoria única, considerando sua complexidade e a importância de discutir o assunto.

Desafios da participação e estratégias de enfrentamento

Segundo Cortês (2009), existem impasses cotidianos nas instâncias participativas que dificultam o exercício do que se pensou na implantação destes espaços. Bispo Júnior e Gerschman (2013) mencionam a participação insuficiente e a frágil mobilização social como exemplo de dificuldade. Durante as entrevistas, todos os conselheiros citaram a participação dos usuários como insatisfatória.

“Olha, eu acho que as dificuldades do conselho é justamente fazer com que o usuário participe das reuniões do conselho. Se ele não quer participar como membro do conselho, não tem problema. Mas ele que vá ao menos nas reuniões pra ele ficar sabendo. Porque a gente sempre tem alguma coisa pra falar pros usuários” (Luiz).

Um dos entrevistados argumenta sobre a idade avançada dos conselheiros e a importância de pessoas jovens integrarem o conselho para que o mesmo não se desfaça com o tempo.

“E também a falta de interesse das pessoas em integrarem o conselho, principalmente pessoas mais jovens, pra que ele não se diluíssem com o tempo. Com o tempo, nós somos idosos, Deus vai nos chamar e não tem, aos pouquinhos ele pode ser exterminado. E aí perde, até conseguir novas pessoas é difícil. E essas pessoas que atualmente estão, já são pessoas que estão há anos integrados, e tão no mesmo barco, e são interessados em lutar pela comunidade” (Bianco).

Além disso, a pandemia de COVID-19 também é citada como elemento relevante na redução dos usuários nos conselhos de saúde.

“Olha não é base o momento, eu te diria que as reuniões de praça, não é base assim, tem participado 15 a 20 pessoas, não é base. Porque no auge das reuniões, pré-pandemia, iam 50, 60 pessoas” (Bianco).

Quando questionados sobre o que vinham fazendo para lidar com esse desafio, as estratégias envolviam em sua grande maioria divulgação do CLS, o que se assemelha ao encontrado no estudo de Junglos *et al.* (2019), em que a estratégia pensada envolve divulgação através dos agentes comunitários de saúde.

“A gente tem colocado cartazes, a gente tem procurado outras entidades, tem se feito sala de espera, né. A gente trabalha bastante com os agentes de saúde comunitária, porque é eles que encontram, que visitam as pessoas, que vão na casa das pessoas, né, mas é bem difícil” (Yasmin).

Outras estratégias pensadas envolveram realizar as reuniões fora das unidades de saúde, em praças e eventos elaborados pelo próprio conselho local.

“[...] Porque apesar que as reuniões no posto são abertas, normalmente não vai usuário participar, via de regra não vai. E já que Maomé não vai a montanha, a montanha vai a Maomé. Porque numa praça as pessoas se deslocam, pegam a cadeira, vão tomar chimarrão. E aí a gente tem uma conversa, ouve crítica, sugestão, ouve elogio, que são raros, enfim, acontece. Então tá acontecendo assim: um mês no posto, a nossa próxima pra setembro vai ser numa praça” (Bianco).

“Vamo programar um chá, aí todo mundo vai no chá, aí antes do chá, a gente então aproveita que tem bastante gente, a gente combina com uma pessoa, convida uma pessoa, às vezes traz uma enfermeira, às vezes traz o pessoal do conselho municipal, pra fazer uma palestra, pra falar sobre a importância do conselho. Essas são as estratégias que no momento a gente tá fazendo” (Luiz).

Há ainda a relação com a gestão da unidade de saúde, e também uma desvalorização dos conselheiros sinalizados como desafios enfrentados. Neste sentido, Bispo Júnior e Gerschman (2013) também citam como dificultador para a mobilização, o grande número de tarefas que competem ao conselho, o que causa sobrecarga aos conselheiros.

“[...] Então nós tivemos assim alguns probleminhas de que a gestão não dava muito... patrolava o conselho, não ligava muito, o conselho era só pra ficar ali fazendo de conta, então a gente teve alguns problemas assim” (Nat).

“[...] Eu sinto assim, que nós não somos valorizados, parece uma coisa mecânica que nós temos como obrigação, e na realidade nós estamos fazendo aquilo ali voluntariamente” (Bianco).

Temos também o desconhecimento sobre o conselho local de saúde como um motivo para a baixa participação. No estudo de Cechinel *et al.* (2020) o desconhecimento sobre o conselho também aparece como impeditivo para a

participação. Os autores argumentam que só conhece o conselho quem está envolvido com as instâncias participativas (Cechinel *et al.*, 2020).

“A maioria da comunidade desconhece que há o conselho. Eles não sabem que tem conselho, quando ele toma conhecimento, ele até se surpreende” (Bianco).

Um dos conselheiros trouxe seu próprio desconhecimento sobre o CLS até fazer parte do mesmo.

“Só de nome... “ó tem o conselho”, mas eu achei que era assim uma coisa muito fechada não era aberto, porque ninguém tinha me explicado o que era o conselho local, quais as funções, para que servia” (Luiz).

Vale pontuar que este conselheiro contou que só começou a fazer parte do conselho quando um amigo próximo, que fazia parte do CDS da sua região, o convidou para participar. Nesse sentido, foi possível observar durante as entrevistas que a entrada dos conselheiros nos CLS se deu por duas razões principais: convite direto de outra pessoa ou histórico prévio em instâncias de controle social.

Potências e perspectivas do CLS

Nesta categoria temos as percepções dos conselheiros sobre as potências que envolvem o CLS. Vianna, Cavalcanti e Cabral (2009) depois de trazerem um resgate sócio-histórico do conceito de participação, realizam uma sistematização preliminar do que havia sido produzido sobre participação em saúde até o ano de 2005. Ao analisarem os achados, relatam várias abordagens distintas de participação, mas, de maneira geral, se entende participação em saúde como capacidade dos sujeitos de interferir nas decisões políticas que afetam a todos. Nos artigos, participar é inerentemente positivo independentemente dos resultados decorrentes, o que leva a pensar na participação como estímulo à cidadania (Vianna; Cavalcanti; Cabral, 2009). Os conselheiros entrevistados trouxeram visões semelhantes:

“O conselho local é uma das ferramentas de construção da cidadania, onde as pessoas discutem, se sentem... com potencial para discutir qualquer questão, por exemplo, porque a saúde não é só o remédio e a consulta e o exame. Saúde é lutar por educação, por higiene, tudo isso, entendeu, e isso a gente faz no conselho” (Carolino).

“A vontade de melhorar as condições de saúde da população, o acesso... As condições melhores de saúde, principalmente o fortalecimento do SUS e que as pessoas conheçam os seus direitos, né? Porque a maior parte das pessoas não conhece seus direitos” (Yasmin).

O Conselho Local de Saúde é visto como um espaço potente de construção de cidadania. E tal perspectiva por parte dos conselheiros corrobora com os achados de Vianna, Cavalcanti e Cabral (2009) já que, nos artigos revisados por eles, se entende a participação como elemento fundamental para o direito à saúde e a construção da cidadania, bem como está intimamente relacionada com o processo de democratização do Estado (Vianna; Cavalcanti; Cabral, 2009). No estudo de Junglos *et al.* (2019), tem-se também a motivação para atuação dos conselheiros relacionada com a ideia do conselho como espaço potente para melhorar as condições da comunidade.

Ademais, Melo e Possa (2016) pontuam o processo educativo dos sujeitos como função social da participação, destacando que os espaços cotidianos dos indivíduos são significativos para tal.

“É porque a nossa participação faz com que as pessoas fiquem mais esclarecidas pra conseguir seus direitos. E nós ajuda na melhor qualidade do atendimento da população” (Carolino).

Outra potencialidade sinalizada pelos conselheiros foi a capacidade de troca entre equipe de saúde e os usuários durante as reuniões, e a visão do CLS como espaço de defesa dos trabalhadores da unidade de saúde.

“É nesse espaço que se consegue fazer as trocas, fazer ajuste nos atendimentos para a população, para melhorar o atendimento, e às vezes são coisinhas poucas que tu pode só numa conversa melhorar né? Fluxo de atendimento, às vezes tem uma pessoa, uma família mais difícil, e aí tu enquanto comunidade pode fazer esse meio campo, então são assim questões mais práticas, que tu pode auxiliar” (Yasmin).

“Olha, o conselho local é uma peça imprescindível dentro de um posto de saúde, então isso é uma coisa que não vai terminar, porque se terminar, vai ficar o próprio trabalhador fica desprotegido né? Porque não tem, o que ele pode fazer o conselho, o conselho pode uma instância melhor... porque o conselho local de saúde não é só visando o usuário, ele também visa o trabalhador” (Luiz).

No trecho abaixo se destaca a capacidade transformadora dos conselhos, que também é apontada como ponto positivo dos mesmos.

“Então algumas pessoas valorizam e outras não, acham que é bobagem, que isso não leva a nada que não vai resolver nada, mas eu discordo, eu acho que dá pra resolver muita coisa sim. A gente consegue fazer muita coisa” (Nat).

Na fala deste conselheiro, a comunidade confia no conselho e nos conselheiros em um nível de procurá-los nas suas residências.

Saúde como mercadoria e a terceirização da APS em Porto Alegre

Como citado anteriormente, decidimos destacar os desafios envolvendo a visão neoliberal da saúde como mercadoria e, mais especificamente, da terceirização da APS de Porto Alegre em uma categoria. Relacionando o tema com a noção de participação, Cortês (1996) *apud* Vianna, Cavalcanti e Cabral (2009), identifica duas ideias básicas para a participação em saúde: a primeira, a partir de uma visão de sociedade neoliberal e a segunda a partir da compreensão da participação como ampliação de direitos. Sobre a perspectiva de sociedade neoliberal, entendendo o neoliberalismo como fenômeno político-econômico que surge a partir das crises econômicas da década de 1980, e que está associado à perspectiva do esvaziamento do papel do Estado, individualismo, produção de desigualdades, meritocracia e a mercantilização da vida (Melo; Possa, 2016). Dessa forma, almeja um Estado menor, ineficaz e subordinado à iniciativa privada, visando acúmulo de capital, seguindo o princípio universal da concorrência (Andrade; Carvalho; Oliveira, 2022; Druck; Dutra; Silva, 2019).

Nesta visão a participação em saúde trata-se de escolhas individuais nas quais os usuários de saúde são consumidores de bens e serviços, e ampliar a participação é ampliar essa possibilidade de escolha e consumo de diferentes prestadores privados (Vianna; Cavalcanti; Cabral, 2009). A noção neoliberal de participação aparece em falas dos conselheiros.

“E ele é pago para te atender, na verdade a gente é um cliente, e é isso que tem que por na mente deles: eu sou teu cliente e tu tem que me atender bem. Mas não, parece que te fazem um favor. Essas coisas eu questionei muito e continuo questionando. Sempre que eu vejo, sempre que eu fico sabendo que tem um negócio desses, eu questiono. Opa, perai não é assim. É um trabalho, o técnico, o médico, o enfermeiro, está prestando um trabalho, tem que atender bem, tem que atender bem seu cliente. Assim como tu vai no Zaffari e eles te atendem bem, é a mesma coisa, tu é cliente” (Nat).

Já a segunda, entende participação como ampliação de direitos dos cidadãos, bem como uma maior influência no processo decisório político (Vianna; Cavalcanti; Cabral, 2009). Valla e Stotz (1989) declaram que a participação popular pode expressar uma prática transformadora, mas deixam claro que o Estado e as entidades que defendem a classe dominante sempre buscarão impedir e dificultar o movimento popular. Além disso, afirmam que é preciso que a classe trabalhadora reivindique seus direitos para que estes sejam assegurados, assim é preciso constante fiscalização para

que o Estado os respeite (Valla, Stotz, 1989). Uma das conselheiras traz o poder deliberativo do Conselho Municipal de Saúde para abordar a temática.

“E não como o governo municipal quer, um conselho que não seja deliberativo, porque é tirar o poder do conselho, pra poder decidir o que ele quer. Porque todas as políticas de saúde quando a gestão quer implementar ela primeiro tem que apresentar no conselho municipal, aí lá no conselho a gente vai questionar, a gente vai propor e vai aprovar ou não. E se a gestão, ela quer tirar esse poder que a gente tem de aprovar ou não, porque daí ela vai fazer do jeito que ela quer, né...” (Kellen).

A fala desta conselheira está intimamente relacionada ao Projeto de Lei Complementar (PLC) nº 26/21, que revoga a LC 277/92 que a câmara de vereadores de Porto Alegre aprovou em agosto de 2022 (Porto Alegre, 2021) e que foi barrado pela justiça pelo seu caráter inconstitucional. O PLC aprovado reduz a participação do conselho para consultivo e diminui o número de representantes (Porto Alegre, 2021; Porto Alegre, 2022).

Com o pensamento neoliberal do princípio da concorrência e o desejo de um Estado mínimo, tem-se sérias consequências para o SUS e a gestão dos recursos humanos em saúde, que convivem com uma forte precarização do trabalho. Segundo Schultz *et al.* (2022), um trabalho decente pressupõe remuneração adequada, liberdade e segurança, o que requer de o Estado diminuir a informalidade e fortalecer os direitos trabalhistas, por exemplo. Segundo os autores, a administração pública define trabalho precarizado como aquele sem direitos sociais para os trabalhadores, sem proteção social e sem concurso público (Schultz *et al.*, 2022). Os autores argumentam ainda, que, para além de pensar a ampliação de atendimento, é preciso discutir que atendimento é esse, já que o modo como o serviço acontece interfere no grau de resolutividade (Schultz *et al.*, 2022). Levando em conta essa informação, vale citar que no município de Porto Alegre, tem-se um movimento de terceirização da atenção primária em saúde. Atualmente, das 135 unidades de saúde do município, 117 estão sob administração de organizações da sociedade civil (Porto Alegre, 2023) e tal situação é apontada como desafio entre os conselheiros entrevistados.

“Não, o único problema nosso, que nós achamos que é muito difícil para nós é que o nosso posto de saúde é terceirizado, nós queria que fosse municipalizado, mas é terceirizado, e essa é uma das questões que atrapalha muito, porque ta seguido trocando os gestores” (Carolino).

É perceptível para os conselheiros que a terceirização acaba interferindo na longitudinalidade do cuidado, uma das diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica.

“Maior dificuldade... olha, é isso que eu te falei, antes aqui já passou um monte de gestores aqui, isso aí atrapalha muito, entendeu, porque as pessoas quando tão se adaptando com um médico, com uma enfermeira, troca, então é uma dificuldade muito grande. Não tem aquele vínculo com a equipe e os moradores, acaba o vínculo, esse é o nosso maior problema” (Carolino).

Essa mesma rotatividade advinda da terceirização é citada por outra conselheira como obstáculo para a participação dos trabalhadores.

“É, exatamente.. É a pouca participação de usuários, pouca participação de trabalhadores, porque com essa gestão do município e a terceirização das unidades de saúde da atenção básica, ou seja, antes os trabalhadores inicialmente eram servidores públicos e depois do IMESF, e que daí acabou com isso e aí são terceirizados, tem muita rotatividade, e por ter muita rotatividade os trabalhadores muitos tem medo de participar dessas instâncias né, assim como também coordenações também não tem interesse em que os trabalhadores participem” (Kellen).

Assim, temos um dos maiores desafios enfrentados, não só pelos CLS, como pelo SUS, que é atravessado pelas disputas entre a noção neoliberal de sociedade e saúde, e o que é garantido pela constituição, o direito à saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Foi possível compreender quais desafios os conselhos, de diferentes gerências distritais de Porto Alegre, vêm enfrentando e como eles têm atuado. Percebemos similaridades nas falas dos conselheiros, e a literatura, o que demonstra uma certa coesão no que se refere a esta instância participativa.

Além disso, foi possível constatar que a participação é, ao mesmo tempo, desafio e potência. Os conselheiros relatam a escassa participação dos usuários nas reuniões, mas defendem as trocas positivas que ocorrem nestes espaços. Ainda sobre a baixa aderência dos usuários aos CLS, e, levando em conta como os entrevistados tornaram-se conselheiros, questiona-se sobre as formas de divulgar o Conselho Local de Saúde. Os participantes da pesquisa, em sua maioria foram diretamente convidados, por pessoas da comunidade ou profissionais da unidade de saúde, para integrar o conselho. Dessa forma, talvez fazer cartazes e panfletos e realizar conversas nas salas de espera

gere menos mobilização comunitária do que o contato direto de um amigo próximo incentivando a participação.

A potência transformadora, a capacidade de lutar pelos direitos de todos e a construção da cidadania, são formas de enxergar os Conselhos de Saúde e o controle social que merecem destaque. Ademais, aparecem visões do CLS como um local de ouvidoria, bem como de espaço para cobrança no que se refere ao trabalho das unidades de saúde. Este último sendo atravessado pela noção mercadológica da saúde. Assim, é possível inferir que as formas de atuação do CLS, estão intimamente relacionadas com quem está o construindo, e como se dá a relação do mesmo com o serviço.

Por fim, argumenta-se que o conhecimento não se encerra aqui, e que a temática pode e deve seguir sendo discutida, na busca de um SUS participativo e de todos.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, H. S.; CARVALHO, S. R.; OLIVEIRA, C. F. Leituras do governo neoliberal do Estado e da saúde. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 32, n. 1, p. e320116, 2022. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312022320116>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/by8GXGm8CdqVmJsnVDP65cR/> Acesso em: 7 dez. 2023.

BISPO JÚNIOR, J. P.; GERSCHMAN, S. Potencial participativo e função deliberativa: um debate sobre a ampliação da democracia por meio dos conselhos de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 7-16, 2013. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000100002> Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/wPF9RYGDwsTSbx4JhNnJttN/?lang=pt> Acesso em: 19 set. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Relatório Final da 8ª conferência nacional de saúde*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1986. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8_conferencia_nacional_saude_relatorio_final.pdf. Acesso em: 24 ago. 2022.

BRASIL. Lei n. 8.142, 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. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. SIDIção nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, p. 59, 13 jun. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes ou de informações identificáveis ou que possam acarretar riscos maiores do que os existentes na vida cotidiana, na forma definida nesta Resolução. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, p. 44-46, 24 maio 2016.

CECHINEL, N. F. R. *et al.* Participação social em saúde: limites e potencialidade de conselhos locais de saúde de uma metrópole brasileira. *Revista Baiana de Saúde Pública*, Salvador, v. 44, n. 3, p. 56-71, 2020. DOI: <https://doi.org/10.22278/2318-2660.2020.v44.n3.a2947>. Disponível em: <https://rbps.sesab.ba.gov.br/index.php/rbsp/article/view/2947>. Acesso em: 7 dez. 2023.

CORREIA, M. V. C. Controle social. In: PEREIRA, I. B; LIMA, J. C. F (org.). *Dicionário da educação profissional em saúde*. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, Fiocruz, 2009. p. 104-110. Disponível em: <https://www.epsjv.fiocruz.br/publicacao/livro/dicionario-da-educacao-profissional-em-saude-segunda-edicao-revista-e-ampliada> Acesso em: 14 set. 2022.

CÔRTEZ, S. V. Introdução: atores, mecanismos e dinâmicas participativas. In: CÔRTEZ, S. V. *Participação e saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009. p. 19-40. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/8znq5> Acesso em: 24 ago 2022.

DRUCK, G.; DUTRA, R., SILVA, S. C. A contrarreforma neoliberal e a terceirização: a precarização como regra. *Caderno CRH*, Salvador, v. 32, n. 86, p. 289-305, 2019. DOI: <https://doi.org/10.9771/ccrh.v32i86.30518>. Disponível em: <https://periodicos.ufba.br/index.php/crh/article/view/30518>. Acesso em: 7 dez. 2023.

FLORIANÓPOLIS. Secretaria de Estado da Saúde. *Participação comunitária e controle social*. Florianópolis: Secretaria de Estado da Saúde, 2017. Disponível em: https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/14879/1/Apostila_participa%C3%A7%C3%A3o%20comunit%C3%A1ria_N%C3%BAcleo%20Telessa%C3%BAde%20SC%20UFSC.pdf. Acesso em: 22 set. 2022.

FREITAS, W. R. S.; JABBOUR, C. J. C. Utilizando estudo de caso(s) como estratégia de pesquisa qualitativa: boas práticas e sugestões. *Estudo & Debate*, Lajeado, v. 18, n. 2, p. 7-22, 2011. Disponível em: <http://www.meep.univates.br/revistas/index.php/estudoedebate/article/view/560>. Acesso em: 24 fev. 2023.

GIL, A. C. *Métodos e técnicas de pesquisa social*. 2. ed. São Paulo: Atlas, 1989.

JUNGLOS, C. *et al.* Motivações, importância, desafios e perspectivas do controle social em saúde. *Cogitare Enfermagem*, Curitiba, v. 24, p. e66874, 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v24i0.66874>. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1055964>. Acesso em: 7 dez. 2023.

MELO, R. C.; POSSA, L. B. Democracia no SUS, como estamos? Um debate sobre a participação social a partir da literatura recente. *Saúde em Redes*, Porto Alegre, v. 2, n. 4, p. 393-408, 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.18310/2446-4813.2016v2n4p393-408>.

Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/163203>. Acesso em: 8 fev. 2023.

MINAYO, M. C. S. O desafio da pesquisa social. In: MINAYO, M. C. S. *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. 28. Vozes: Petrópolis, 2009. p 9-29.

MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 10. ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

PAIM, J. S. *Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica*. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/4ndgv> Acesso em: 18 ago. 2022.

PORTO ALEGRE. *Lei Complementar nº 26, de 20 de outubro de 2021*. Reorganiza o Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre (CMS/POA), e revoga a Lei Complementar nº 277, de 20 de maio de 1992; A Lei Complementar nº 287, de 8 de janeiro de 1993; O art. 8º da Lei Complementar nº 395, de 26 de dezembro de 1996; E os arts. 2º e 3º da Lei Complementar nº 660, de 7 dezembro de 2010. Porto Alegre: Gabinete do prefeito, 2021.

PORTO ALEGRE. Câmara Municipal. *Aprovadas alterações no Conselho Municipal de Saúde*. Porto Alegre: Câmara Municipal, 2022. Disponível em: <https://www.camarapoa.rs.gov.br/noticias/aprovadas-alteracoes-no-conselho-municipal-de-saude.Porto>. Acesso em: 24 ago. 2022.

PORTO ALEGRE. Secretaria Municipal de Saúde. *Portfólio atenção primária*. Porto Alegre: Secretaria Municipal de Saúde, 2023.

ROCHA, E. A Constituição Cidadã e a institucionalização dos espaços de participação social: avanços e desafios. In: VAZ, F. T.; MUSSE, J. S.; SANTOS, R. F. (coord.). *20 anos da constituição cidadã: avaliação e desafios da seguridade social*. Brasília, DF: ANFIP, p. 131-148, 2008. Disponível em: https://www.ipea.gov.br/participacao/images/pdfs/participacao/outras_pesquisas/a%20constituio%20cidad%20e%20a%20institucionalizao%20dos%20espaos%20de%20participao%20social.pdf Acesso em: 19 ago. 2022.

SCHULTZ, A. L. V. *et al.* A precarização do trabalho no contexto da atenção primária à saúde no sistema prisional. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 12, p. 4407-4414, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812320222712.11402022>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/Fy6xvBTNZ3Gq6x3ZqjDCjRN/>. Acesso em: 7 dez. 2023.

SIDI, P. M.; CONTE, E. A hermenêutica como possibilidade metodológica à pesquisa em educação. *Revista Ibero-Americana de Estudos em Educação*, São Paulo, v. 12, n. 4, p. 1942-1954, 2017. DOI: <https://doi.org/10.21723/riace.v12.n4.out./dez.2017.9270>. Disponível em: <https://periodicos.fclar.unesp.br/iberoamericana/article/view/9270>. Acesso em: 7 dez. 2023.

STOTZ, E. N. Participação social. In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. (org.). *Dicionário da educação profissional em saúde*. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de

Saúde Joaquim Venâncio, Fiocruz, 2009. p. 293-298. Disponível em:
<https://www.epsjv.fiocruz.br/publicacao/livro/dicionario-da-educacao-profissional-em-saude-segunda-edicao-revista-e-ampliada> Acesso em: 14 set. 2022.

VALLA, V. V.; STOTZ, E. N. *Participação popular e saúde*. Rio de Janeiro: CDDH/CEPEL, 1989.

VIANNA, M. L. T. W.; CAVALCANTI, M. L.; CABRAL, M. P. Participação em saúde: do que estamos falando? *Sociologias*, Porto Alegre, v. 11, n. 21, p. 218-251, 2009. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/soc/a/7893qypKQbRRy4XMxxmRg9x/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 13 set. 2022.

VIEIRA, K. A. L. Análise de conteúdo: hermenêutica na educação. *@rquivo Brasileiro de Educação*, Belo Horizonte, v. 6, n. 13, p. 85-104, 2019. DOI:
<https://doi.org/10.5752/P.2318-7344.2018v6n13p85-104>. Disponível em:
<https://periodicos.pucminas.br/index.php/arquivobrasileiroeducacao/article/view/20642>. Acesso em: 8 dez. 2023.

VIEIRA, K. C. S. Participação popular na Estratégia Saúde da Família: espaço potencial de construção de saúde. *Boletim do Instituto de Saúde- BIS*, São Paulo, v. 19, p. 71-75, 2018. Supl. Disponível em: <https://periodicos.saude.sp.gov.br/bis/article/view/34582>. Acesso em: 7 dez 2023.

Editor responsável: Daniel Demétrio Faustino da Silva

Recebido em 28 de junho de 2024.

Aceito em 07 de julho de 2025.

Publicado em 31 de julho de 2025.

Como referenciar este artigo (ABNT):

SILVA, Renata Silva e; PEKELMAN, Renata; Machado, Cassio Andrade. Conselho local de saúde: desafios e potencialidades a partir da visão de conselheiros do segmento usuários. *Cadernos de Ensino e Pesquisa em Saúde*, Porto Alegre, v. 5, e352, jan./dez. 2025.

Tuberculose na população privada de liberdade em comparação à população geral: estudo observacional na região norte do Rio Grande do Sul

Tuberculosis in the incarcerated population compared to the general population: observational study in the northern region of Rio Grande do Sul

Tuberculosis en la población privada de libertad en comparación con la población general: estudio observacional en la región norte de Rio Grande do Sul

Greici Kelli Tolotti¹
Eliezer Santana Cadona²
Renan Garcia Artus³
Carine Raquel Blatt⁴

(¹) Mestre em Saúde da Família pela Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, Programa de Pós-graduação em Saúde da Família - PROFSAÚDE. Especialista em Saúde na 2ª Coordenadoria Regional de Saúde da Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3172-6539>. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/1390251450990657>. E-mail: greici.kellitolotti@gmail.com

(²) Acadêmico do Curso de Graduação em Farmácia da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões - Campus Frederico Westphalen / RS. ORCID: <https://orcid.org/0009-0009-8316-0635>. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/4533143447114945>. E-mail: cadonaeliezer08@outlook.com

(³) Acadêmico do Curso de Medicina da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre. ORCID: <https://orcid.org/0009-0007-6746-3498>. E-mail: renan.artus@ufcspa.edu.br

(⁴) Doutora em Farmácia pela Universidade Federal de Santa Catarina. Professora Associada da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5935-1196>. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/4746842392238066>. E-mail: carineblatt@ufcspa.edu.br

RESUMO

Objetivo: Apresentar o perfil epidemiológico da tuberculose na população privada de liberdade em comparação com a população geral. **Métodos:** Estudo descritivo dos indicadores de tuberculose entre residentes da 2ª Coordenadoria Regional de Saúde (CRS) da Secretaria Estadual de Saúde (SES) do Rio Grande do Sul (RS), comparando os resultados entre a população privada de liberdade e a população geral, nos anos de 2022 e 2023. **Resultados:** Na região investigada, no ano de 2022, foram registrados 35 casos novos de tuberculose de todas as formas (pulmonar, pulmonar + extrapulmonar e extrapulmonar) com uma incidência de 17,5 a cada 100 mil habitantes. Em 2023, o número subiu para 46 casos, com incidência de 23,0 a cada 100 mil habitantes. A população privada de liberdade representou 11,4% e 37,0% dos casos novos de tuberculose em 2022 e 2023, respectivamente. As taxas de confirmação laboratorial da tuberculose pulmonar foram de 40,8% e 54,3% na população em geral, enquanto que na população privada de liberdade foram de 100% e 58,8% nos anos de 2022 e 2023. Indicadores de infecção tuberculose-HIV, tratamento diretamente observado e investigação de contatos foram satisfatórios em ambas as populações. A cura foi observada na população geral em 21(60,0%) e 27(58,7%), enquanto que na população privada de liberdade foi de 2(50,0%) e 13(76,5%) dos casos, nos anos de 2022 e 2023 respectivamente. **Conclusão:** Houve aumento na incidência de tuberculose na população em geral e um aumento um pouco maior na população privada de liberdade, quando comparados os anos de 2022 e 2023. Além disso, foram identificadas baixa confirmação laboratorial da tuberculose na população em geral em ambos os períodos, e na população privada de liberdade no ano de 2023. É importante ampliar o diagnóstico laboratorial e incentivar medidas de controle da tuberculose especialmente em unidades prisionais.

Palavras-chave: tuberculose; população privada de liberdade; populações vulneráveis; perfil epidemiológico; indicadores.

ABSTRACT

Objective: To present the epidemiological profile of tuberculosis in the incarcerated population compared to the general population. **Methods:** A descriptive study of tuberculosis indicators among residents of the 2nd Regional Health Coordination (CRS) of the State Health Department (SES) of Rio Grande do Sul (RS), comparing the results between the incarcerated population and the general population during the years 2022 and 2023. **Results:** In the investigated region, in 2022, 35 new cases of tuberculosis of all forms (pulmonary, pulmonary + extrapulmonary, and extrapulmonary) were recorded, with an incidence rate of 17.5 per 100,000 inhabitants. In 2023, the number increased to 46 cases, with an incidence rate of 23.0 per 100,000 inhabitants. The incarcerated population accounted for 11.4% and 37.0% of the new tuberculosis cases in 2022 and 2023, respectively. The laboratory confirmation rates for pulmonary tuberculosis were 40.8% and 54.3% in the general population, while in the incarcerated population they were 100% and 58.8% in 2022 and 2023, respectively. Indicators of tuberculosis-HIV coinfection, directly observed treatment, and contact investigation were satisfactory in both populations. The cure rate in the general population was 21 (60.0%) and 27 (58.7%), while in the incarcerated population it was 2 (50.0%) and 13 (76.5%) of the cases in 2022 and 2023, respectively. **Conclusion:** There was an increase in the incidence of tuberculosis in the general population and a slightly higher increase in the incarcerated population when comparing the years 2022 and 2023. Additionally, low laboratory confirmation rates of tuberculosis were identified in the general population during both periods and in the incarcerated population in 2023. It is important to expand laboratory diagnosis and encourage tuberculosis control measures, especially in prison units.

Keywords: tuberculosis; incarcerated population; vulnerable populations; epidemiological profile; indicators.

RESUMEN

Objetivo: Presentar el perfil epidemiológico de la tuberculosis en la población privada de libertad en comparación con la población general. **Métodos:** Estudio descriptivo de los indicadores de tuberculosis entre los residentes de la 2ª Coordinación Regional de Salud (CRS) de la Secretaría Estatal de Salud (SES) de Rio Grande do Sul (RS), comparando los resultados entre la población privada de libertad y la población general durante los años 2022 y 2023. **Resultados:** En la región investigada, en el año 2022 se registraron 35 casos nuevos de tuberculosis en todas sus formas (pulmonar, pulmonar + extrapulmonar y extrapulmonar), con una incidencia de 17,5 por cada 100 mil habitantes. En 2023, el número aumentó a 46 casos, con una incidencia de 23,0 por cada 100 mil habitantes. La población privada de libertad representó el 11,4% y el 37,0% de los casos nuevos de tuberculosis en 2022 y 2023, respectivamente. Las tasas de confirmación de tuberculosis pulmonar por laboratorio fueron del 40,8% y 54,3% en la población general, mientras que en la población privada de libertad fueron del 100% y 58,8% en los años 2022 y 2023, respectivamente. Los indicadores de coinfección tuberculosis-VIH, tratamiento directamente observado e investigación de contactos fueron satisfactorios en ambas poblaciones. La tasa de curación en la población general fue de 21 (60,0%) y 27 (58,7%), mientras que en la población privada de libertad fue de 2 (50,0%) y 13 (76,5%) de los casos en 2022 y 2023, respectivamente. **Conclusión:** Hubo un aumento en la incidencia de tuberculosis en la población general y un aumento algo mayor en la población privada de libertad al comparar los años 2022 y 2023. Además, se identificó una baja confirmación de tuberculosis por laboratorio en la población general en ambos períodos y en la población privada de libertad en el año 2023. Es importante ampliar el diagnóstico por laboratorio y fomentar las medidas de control de la tuberculosis, especialmente en las unidades penitenciarias.

Palabras clave: tuberculosis; población privada de libertad; poblaciones vulnerables; perfil epidemiológico; indicadores.

INTRODUÇÃO

A tuberculose, causada pelo bacilo *Mycobacterium tuberculosis*, é uma infecção que acomete principalmente os pulmões, contudo pode infectar também outros órgãos, como ossos e cérebro. A contaminação ocorre por inalação de pequenas partículas em

suspensão contendo o bacilo. Os sintomas mais comuns incluem tosse produtiva, mal-estar, febre vespertina e perda de peso (Brasil, 2019). A tuberculose foi a segunda maior causa de mortes por doenças infecciosas no Brasil em 2022, ficando atrás apenas da infecção por coronavírus (Covid-19) (Brasil, 2024a). O Brasil teve 81.604 casos novos de tuberculose e 5.845 mortes no ano de 2022 (Brasil, 2023a). No mesmo ano, no Rio Grande do Sul foram 5.204 casos novos e 337 mortes (Brasil, 2023a). No mundo, cerca de 10,6 milhões de pessoas tiveram tuberculose e 1,3 milhão foram a óbito por causa dela no ano de 2022 (World Health Organization, 2023).

Dentre esses casos, há uma considerável representatividade de determinadas populações com maior vulnerabilidade para a tuberculose, especialmente em pessoas privadas de liberdade (Brasil, 2024a; Charalambous *et al.*, 2023). Em comparação a população geral, a população privada de liberdade apresenta risco 35 vezes maior de adoecimento por tuberculose (Brasil, 2019). Isso ocorre porque as prisões são ambientes de alto risco para a infecção. Estudo que avaliou pessoas privadas de liberdade de duas grandes penitenciárias no estado de Minas Gerais identificou que mais de um quarto dos detentos tinha tuberculose (Carbone *et al.*, 2015). Entre os desafios para o controle da tuberculose nas prisões, estão a baixa capacidade de diagnóstico laboratorial, interrupção no fornecimento de medicamentos para o tratamento e baixa integração entre os serviços de saúde e prisionais (Dara *et al.*, 2015).

Estudos indicam a necessidade de melhorar a qualidade do cuidado e das ações de prevenção da tuberculose nos presídios, especialmente em relação à implementação de estratégias comprovadamente eficazes para o rastreamento e diagnóstico precoce da doença (Santos *et al.*, 2021), à adesão das pessoas privadas de liberdade ao tratamento, ao fornecimento de insumos, à estrutura física para atendimentos adequados, e à disponibilidade e qualificação dos profissionais de saúde (Camillo *et al.*, 2022; Gygli *et al.*, 2021; Mabud *et al.*, 2019; Walter *et al.*, 2022). Além disso, no período da pandemia de Covid-19 e pós, diversos informes epidemiológicos, com dados do cenário mundial, do Brasil e do RS reportaram uma diminuição no diagnóstico da doença, uma diminuição dos percentuais de cura após o tratamento, um aumento do abandono ao tratamento, além do aumento de casos de resistência antimicrobiana e de óbitos relacionados à doença (World Health Organization, 2022; Brasil, 2023a). Dessa maneira, conhecer os dados epidemiológicos regionais e comparar os dados da

população privada de liberdade, com os da população geral, pode contribuir para o melhor planejamento das ações de controle e prevenção da tuberculose.

Assim, considerando a concentração de casos de tuberculose na população privada de liberdade, este estudo busca comparar o perfil epidemiológico dos casos de tuberculose na população privada de liberdade com a população geral da mesma região.

METODOLOGIA

Estudo descritivo dos indicadores de tuberculose entre residentes da 2ª Coordenadoria Regional de Saúde (CRS) da Secretaria Estadual de Saúde (SES) do Rio Grande do Sul (RS), comparando os resultados entre a população privada de liberdade e a população geral.

O território da 2ª CRS- SES/RS, localizada na região norte do estado, abrange 26 municípios, com uma população total de 199.629 habitantes (Brasil, 2021). A população do estudo incluiu todos os casos de tuberculose diagnosticados nos anos de 2022 e 2023, registrados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) de residentes dos municípios que fazem parte da 2ª CRS- SES/RS. Esse período foi escolhido por ser, imediatamente, anterior à proposta de realização de um projeto de mestrado profissional, o qual necessitava de um diagnóstico para a proposição de um produto técnico.

Os dados foram obtidos por meio da consulta direta à base de dados do SINAN, sendo coletados em junho do ano de 2024. Quanto à qualidade e completude dos dados, as fichas que apresentavam inconsistências e ausência de dados foram conferidas por uma das pesquisadoras, e as informações foram completadas com os dados primários registrados na Coordenação Regional do Programa de Tuberculose e pela Vigilância Epidemiológica da regional de saúde. Nenhum caso foi excluído da análise. Após a coleta e revisão, a análise dos dados foi realizada utilizando o *software Microsoft Excel* 365. A análise somente foi realizada após a conclusão e registro de todos os desfechos dos casos de tuberculose.

As variáveis escolhidas para a análise, que originaram os indicadores, foram calculadas segundo os métodos de cálculo para indicadores epidemiológicos e operacionais de tuberculose usados no Brasil, conforme apresentados no Boletim

Epidemiológico - Tuberculose - Número Especial - Março de 2023, do Ministério da Saúde (Brasil, 2023a):

- a) Epidemiológicas: casos de tuberculose (novos e retratamentos); casos novos de tuberculose pulmonar; entre os casos de retratamento, casos de recidiva e casos de reingresso após abandono; sexo; e óbitos por tuberculose;
- b) Operacionais: testagem do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e coinfeção tuberculose-HIV entre casos novos de tuberculose; confirmação laboratorial, realização de teste rápido molecular para tuberculose e cultura, entre casos novos e de retratamento de tuberculose pulmonar; positividade da cultura em retratamentos, e realização de teste de sensibilidade aos antibióticos nos que tiveram cultura positiva; contatos identificados e examinados entre casos novos de tuberculose pulmonar com confirmação laboratorial; tratamento diretamente observado entre casos novos de tuberculose pulmonar; diagnóstico de tuberculose em populações em vulnerabilidade; e desfechos entre casos novos de tuberculose pulmonar (cura, abandono primário, abandono, tuberculose droga resistente, transferência, óbito por tuberculose, e óbito por outras causas).

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética na Pesquisa em Saúde da Escola de Saúde Pública da Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul, por meio do nº CAEE 77046524.6.0000.5312.

RESULTADOS

Em 2022, na região do estudo, foram registrados 35 casos novos de tuberculose de todas as formas (pulmonar, pulmonar + extrapulmonar e extrapulmonar), com incidência de 17,5 a cada 100 mil habitantes. Em 2023, o número subiu para 46 casos, com incidência de 23,0 a cada 100 mil habitantes, conforme pode ser observado na Tabela 1.

Considerando a população em vulnerabilidade para a tuberculose, em 2022, foram identificados um total de 11 casos (31,4%), sendo 4 (11,4%) em população privada de liberdade, 4 (11,4%) em população em situação de rua e, 3 (8,6%) em indígenas. Em 2023, foram identificados um total de 20 casos (43,5%), sendo 17 (37,0%) em população privada de liberdade, 1 (2,2%) em população em situação de rua, 1 (2,2%) em indígenas e, 1 (2,2%) em profissionais de saúde.

Ao se considerar os casos pulmonares, dentre os casos novos de tuberculose, a população privada de liberdade representou 4 (13,3%) e 16 (40,0%) no ano de 2022 e 2023 respectivamente. Nos casos de retratamento, a população privada de liberdade representou 9 (20,5%) e 10 (17,9%) casos nos anos de 2022 e 2023, respectivamente.

Não houve casos novos de tuberculose no sexo feminino na população privada de liberdade em nenhum período. No sexo masculino, a população privada de liberdade representou 4 casos (13,8%) e 17 (45,9%) nos anos de 2022 e 2023. No que se refere à mortalidade por tuberculose, houveram 3 óbitos em 2022 e, 4 em 2023, mas nenhum deles foi na população privada de liberdade.

Tabela 1 - Indicadores epidemiológicos dos casos de tuberculose na população geral e na População Privada de Liberdade (PPL) de residentes dos municípios da 2ª Coordenadoria Regional da Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul (2ªCRS-SES/RS), diagnosticados entre 2022 e 2023

	2022		2023	
	População geral Nº	PPL Nº(%)	População geral Nº	PPL Nº(%)
Número e percentual de casos novos				
Casos novos de TB	35	4(11,4)	46	17(37,0)
Casos novos de TB pulmonar	30	4(13,3)	40	16(40,0)
Sexo dos casos novos de TB				
Feminino	6	0	9	0
Masculino	29	4(13,8)	37	17(45,9)
Número e percentual de casos novos de TB em populações mais vulneráveis				
População Privada de Liberdade		4(11,4)		17(37,0)
Pessoa em Situação de Rua		4(11,4)		1(2,2)
Indígena		3(8,6)		1(2,2)
Profissional de saúde		0		1(2,2)
<i>Total</i>		11 (31,4)		20(43,5)
Número e percentual de casos de retratamento de TB				
Reingresso após abandono	3	0	6	1(16,7)
Recidiva	6	2(33,3)	4	2(50,0)
<i>Total</i>	9	2(22,2)	10	3(30,0)
Óbitos por TB	3	0	4	0

Fonte: Próprio autor, 2024.

Nota: População da 2ªCRS-SES/RS (estimada): 199.629 mil habitantes. PPL (População Privada de Liberdade). TB (Tuberculose).

Na população geral no ano de 2022, entre os casos novos, 30 (87,7%) foram de tuberculose pulmonar. O número de casos que tiveram diagnóstico de TB por critério laboratorial (baciloscopia, cultura ou teste rápido molecular para tuberculose) foi de 14 (46,7%). Em 2023, o número de casos novos pulmonares foi de 40 (87,0%), sendo 25(62,5%) com diagnóstico laboratorial. Por sua vez, a população privada de liberdade

teve diagnóstico laboratorial em todos os casos novos de tuberculose pulmonar em 2022 e, em 10 (62,5%) em 2023, conforme pode ser observado na Tabela 2.

Dos casos novos de tuberculose pulmonar, o teste rápido molecular para tuberculose foi feito na população geral em 2 (6,7%) e 2 (5,0%) e na população privada de liberdade em 1 (25,0%) e 2(12,5%), nos anos de 2022 e 2023 respectivamente. Quanto à cultura, na população geral foi realizada em 1(3,3%) e 7(17,5%) enquanto na população privada de liberdade, foi realizada em 0 casos e em 2 (12,5%) nos anos de 2022 e 2023 respectivamente.

Em relação aos casos de tuberculose pulmonar que precisaram de retratamento, na população geral 7(87,5%) e 4(40,0%) foram confirmados por laboratório. A cultura foi feita em 3(37,5%) e 4(40,0%) dos casos, em cada ano, respectivamente. Desses, 2(66,7%) e 3(75,0%) das culturas tiveram resultado positivo, e em ambos os casos foi feito o teste de sensibilidade. Todos os casos de população privada de liberdade (n=2) tiveram confirmação laboratorial em 2022, enquanto que, em 2023, somente 1 (33,3%) foram confirmados por esse método. A cultura não foi realizada em nenhum caso em 2022 e, em 2023 foi realizada em 1(33,3%) dos casos, com resultado positivo e realização do teste de sensibilidade.

Entre os contatos identificados de casos de tuberculose pulmonar confirmados laboratorialmente na população geral, 36 (100,0%) e 144 (96,0%) contatos foram examinados em 2002 e 2023, respectivamente. Na população privada de liberdade, todos foram examinados em ambos os anos (n=15 e n=70, respectivamente).

Tabela 2 - Indicadores laboratoriais e de investigação de contatos dos casos de tuberculose pulmonar na população geral e na População Privada de Liberdade de residentes dos municípios da 2ª Coordenadoria Regional da Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul (2ªCRS-SES/RS), diagnosticados entre 2022 e 2023

	2022		2023	
	População geral (n=30)	PPL (n=4)	População geral (n=40)	PPL (n=16)
Confirmação laboratorial entre os casos novos				
Confirmação por critério laboratorial	14	4	25	10
Realização de TRM-TB	2	1	2	2
Realização de cultura	1	0	7	2
Confirmação laboratorial entre casos de retratamento				
	População geral (n=8)	PPL (n=2)	População geral (n=10)	PPL (n=3)
Confirmação por critério laboratorial	7	2	4	1
Realização de cultura	3	0	4	1
Culturas positiva	2	NA	3	1
Teste de Sensibilidade entre as culturas positivas	2	NA	3	1
Confirmação laboratorial entre os contatos identificados				
Contatos identificados	36	15	150	70
Contatos examinados	36	15	144	70

Fonte: Próprio autor, 2024.

Nota: NA (não se aplica); TRM-TB (teste rápido molecular para tuberculose); PPL (População Privada de Liberdade).

Para o indicador de testagem de HIV, na população geral todos os casos novos de tuberculose foram testados em 2022 e 2023, foi detectada coinfeção tuberculose-HIV em 4(8,7%) dos casos em 2023. Todos já sabidamente HIV positivos, 3 em uso de terapia antirretroviral e 1 em abandono de tratamento. Na população privada de liberdade todos os casos novos de TB também foram testados para o HIV, não foi verificado nenhum caso de coinfeção tuberculose-HIV no período avaliado.

Para o indicador de tratamento diretamente observado (TDO) nos casos novos de tuberculose pulmonar, na população geral foi realizada em 12(40,0%) e 34(85,0%) em 2022 e 2023, respectivamente. Na população privada de liberdade, o TDO foi realizado em 1(50,0%) e 3(100,0%) nos anos de 2022 e 2023, respectivamente.

Em relação ao desfecho dos casos novos de tuberculose, cura foi observada na população geral em 21(60,0%) e 27(58,7%) dos casos, nos anos de 2022 e 2023 respectivamente. Enquanto que na população privada de liberdade cura foi observada em 2(50,0%) e 13(76,5%) dos casos, nos anos de 2022 e 2023 respectivamente, conforme pode ser observado na Tabela 3. Não foram observados casos de abandono primário e de óbito por tuberculose na população privada de liberdade nos períodos analisados.

Tabela 3 - Indicadores operacionais e de desfecho dos casos novos de Tuberculose pulmonar na população geral e na População Privada de Liberdade (PPL) de residentes dos municípios 2ª Coordenadoria Regional da Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul (2ªCRS-SES/RS), diagnosticados entre 2022 e 2023

	2022		2023	
	População geral (n=35)	PPL (n=4)	População geral (n=46)	PPL (n=17)
Testagem para HIV entre os casos novos de TB	35	4	46	17
Coinfecção TB-HIV confirmada	0	0	4	0
TDO realizado entre casos novos de TB pulmonar	12	2	34	16
TDO realizado entre casos de retratamento de TB pulmonar	1	1	9	3
Desfechos				
Cura	21	2	27	13
Abandono primário	1	0	2	0
Abandono	4	0	3	1
Transferência	1	1	3	2
Tuberculose Droga Resistente	1	1	0	0
Óbito por TB	2	0	3	0
Óbito por outras causas	0	0	1	0
Em branco	0	0	1	0

Fonte: Próprio autor, 2024.

Nota: PPL (População Privada de Liberdade); TDO (Tratamento Diretamente Observado).

DISCUSSÃO

Identificou-se um aumento na incidência de tuberculose na população em geral e um aumento um pouco maior na população privada de liberdade, quando comparados os anos de 2022 e 2023. O aumento de casos novos de tuberculose, demonstrado de um ano para o outro, pode ser em parte explicado pela retomada das ações de diagnóstico após a pandemia de Covid-19, uma vez que tais ações foram muito prejudicadas naquele período, o que foi relatado também por outros autores (Hino *et al.*, 2021; Maia *et al.*, 2022; McQuaid *et al.*, 2021; Silva *et al.*, 2022). Além disso, sabe-se que algumas populações têm maior vulnerabilidade à tuberculose e que a população privada de liberdade tem um papel relevante nesse contexto (Brasil, 2019; Placeres *et al.*, 2023).

Dentro do aumento identificado, destaca-se a maior carga de casos novos por tuberculose pulmonar, forma da doença que pode ser transmitida e, por isso, principal alvo da vigilância epidemiológica da tuberculose (Brasil, 2019).

As taxas de confirmação laboratorial da tuberculose foram de 40,8% e 54,3% na população em geral, enquanto que na população privada de liberdade foram de 100% e 58,8% nos anos de 2022 e 2023. Além disso, os casos de tuberculose que entraram por retratamento demonstraram uma redução da confirmação por critério laboratorial, tanto

na população geral quanto na população privada de liberdade. Isso revela uma falha de diagnóstico, e consequentemente, maior risco de transmissão comunitária, por falta de conhecimento da situação bacteriológica do paciente. As taxas de confirmação laboratorial da tuberculose baixas podem ser explicadas em parte pela dificuldade de comunicação entre os serviços prisionais e a assistência primária à saúde, bem como, pela distância entre os laboratórios de diagnósticos e os presídios. Além disso, isso demonstra a possibilidade de iniciar e manter tratamentos ineficazes para possíveis micobactérias tuberculosas resistentes aos antibióticos do esquema básico (Gygli *et al.*, 2021).

Seguindo as recomendações da Organização Mundial da Saúde e de outros autores (World Health Organization, 2021; Santos *et al.*, 2021) sobre o uso de teste rápido molecular para tuberculose para diagnóstico de casos novos em vez de baciloscopia, algumas ações foram tomadas desde meados de 2023, como a parceria pública entre a 2ª e a 15ª CRS-SES/RS e o Projeto da Universidade Federal de Santa Maria, Campus Palmeira das Missões, Rio Grande do Sul, denominado “UFSM *detecta*”, que passou a ser a referência para teste rápido molecular para tuberculose para diagnóstico de casos novos das duas regionais (dados da Coordenação regional do Programa de Controle da Tuberculose).

Também foi realizada uma grande oficina para capacitar os profissionais da rede pública de saúde da regional, chamada “1ª Oficina de Enfrentamento à Tuberculose – Guia de Diagnóstico na Rede da 2ª CRS-SES/RS”, e incremento do apoio técnico direto à rede de saúde sempre que há suspeita de casos, novos ou de retratamentos, orientando principalmente o cumprimento dos protocolos e fluxos adequados (dados da Coordenação regional do Programa de Controle da Tuberculose).

Em relação à confirmação laboratorial, tanto em casos novos de tuberculose pulmonar quanto em retratamento, as culturas ainda são pouco realizadas nas duas populações. Porém, a frequência na população privada de liberdade foi ainda menor. Ressalta-se que as referências para cultura e testes de sensibilidade aos antibióticos ficam longe da região, na capital, Porto Alegre, Rio Grande do Sul. Contudo, sugere-se ações para melhorar a logística, como, por exemplo, a contratação de laboratórios locais pelos municípios, que façam a inoculação das amostras nos meios de cultura adequados,

e, assim, o envio à capital só seria feito mediante crescimento das unidades formadoras de colônias.

Nas duas populações e períodos, a testagem de HIV em caso de tuberculose foi ótima. Somente na população geral foi identificado coinfeção tuberculose-HIV. O boletim do Ministério da Saúde demonstra aumento da testagem de HIV nos casos novos de tuberculose nos últimos anos, e um leve aumento de coinfectados em 2023, com o RS liderando os casos reportados (Brasil, 2023a).

No Brasil, em 2023 houve aumento no diagnóstico de tuberculose em pessoas vivendo com HIV/Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Aids), principalmente pelo novo teste para detecção de lipoarabinomanano, que é um tipo de antígeno micobacteriano liberado na urina de pessoas com tuberculose ativa, ofertado via Ministério da Saúde. Esse teste ajuda a rastrear e diagnosticar a tuberculose em pessoas vivendo com HIV/Aids, que têm mais tuberculose extrapulmonar e falsos-negativos no escarro, especialmente se imunodeprimidos (Brasil, 2023b). Com ele, já é possível perceber aumento no diagnóstico, no tratamento oportuno e na sobrevida dos pacientes.

Uma forma eficaz de evitar a propagação do bacilo, de detectar precocemente casos de tuberculose ativa, ou de infecção latente por tuberculose é investigar os contatos próximos de um paciente diagnosticado com tuberculose pulmonar bacilífera, ou seja, com confirmação laboratorial (Mabud *et al.*, 2019; World Health Organization, 2020). Em ambas as populações, e em ambos os anos, alcançaram-se excelentes resultados do indicador relacionado.

O propósito da investigação de contatos, no contexto prisional, é identificar e tratar casos de tuberculose ativa o mais rápido possível. Porém, o tratamento da infecção latente por tuberculose na população privada de liberdade ainda não é recomendado pelo Ministério da Saúde e pela Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul. Isso se deve à alta movimentação entre as unidades prisionais, que geralmente têm alta prevalência de tuberculose, e desta maneira haveria maior probabilidade de reinfecções.

A Organização Mundial da Saúde considerou que essas estratégias poderiam ser implementadas, desde que se desenvolvessem ações integradas que reduzissem significativamente o risco de reinfecção, com uma infraestrutura de saúde capaz de excluir a tuberculose ativa de forma confiável, pela busca e tratamento precoce de casos

de tuberculose ativa e pelo controle da transmissão dentro das prisões (World Health Organization, 2021).

O tratamento diretamente observado (TDO) é essencial para a adesão ao tratamento, indicado a todos os casos de tuberculose. Esse consiste em tomar os medicamentos sob o olhar de um profissional de saúde, pelo menos 3x/semana. O ideal é que esse indicador seja de 75% ou mais (Ferreira *et al.*, 2022; Rio Grande do Sul, 2022). É necessário analisar com cuidado o bom resultado de 2023, pois a Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul lançou em 2023 uma Nota Informativa que incluiu o percentual de realização de TDO para casos de tuberculose como um dos indicadores de pagamento por desempenho do Programa Estadual de Incentivos para Atenção Primária à Saúde do Rio Grande do Sul (Rio Grande do Sul, 2023).

O acesso ao tratamento, o acompanhamento realizado e a redução da prevalência de casos que transmitem o bacilo em um determinado local, são medidos pelo desfecho dos casos pulmonares. Uma boa taxa de cura é considerada de pelo menos 85% dos casos e, um indicador aceitável de abandono é de no máximo 5% (Rio Grande do Sul, 2022). Nenhum dos anos a população atingiu o percentual de cura que é considerado bom. Porém, a população privada de liberdade apresentou uma boa melhora no percentual obtido, ficando muito perto do parâmetro. Um fator que contribui para melhores resultados na população privada de liberdade, é o fato de ser uma população que está confinada a um espaço, isso, consequentemente, facilita a adesão ao TDO (Dara *et al.*, 2015), o que comprovadamente leva a melhores desfechos (Ferreira *et al.*, 2022; Adane; Spigt; Dinant, 2018).

Os abandonos (somando os abandonos comuns e os primários) são altos na população geral, mais de duas vezes acima do aceitável. Em 2023, 2 pessoas voltaram ao tratamento após busca ativa das equipes de atenção primária à saúde do seu território. A população privada de liberdade, por outro lado, tem menos abandonos, o que pode estar ligado ao que se disse sobre a cura.

Por outro lado, a população privada de liberdade é mais propensa às transferências, que foram 3 das 4 ocorridas no período analisado e considerando toda a população. As transferências frequentes podem prejudicar o acompanhamento clínico e levar ao abandono do tratamento (Adane; Spigt; Dinant, 2018). Por isso, a rede de atenção à saúde deve ter fluxos e procedimentos que organizam as informações e

responsabilidades nos casos de transferências e solturas durante o tratamento da tuberculose.

Na mesma linha, a população privada de liberdade também tem maior probabilidade de se contagiar com micobactérias tuberculosas resistentes aos antibióticos usados no tratamento padrão da tuberculose, em decorrência de diversos fatores ambientais, de manutenção e circulação desses bacilos resistentes, que contribuem para essa situação (Gygli *et al.*, 2021). Em consonância com isso, o único caso de tuberculose droga resistente nos dois períodos foi em população privada de liberdade, já em regime semiaberto, o que também indica o perigo de transmissão comunitária desses bacilos.

A população geral compreendeu todos os óbitos em casos novos de tuberculose pulmonar. Ao examinarmos cada caso em detalhe, a maioria teve um atraso no diagnóstico, feito somente durante a internação hospitalar devido a complicações da doença. Todos apresentavam algum outro fator de risco, como idade avançada, tabagismo, etilismo, e/ou uso de drogas ilícitas, o que é consistente com outros estudos (Adane; Spigt; Dinant, 2018; Camillo *et al.*, 2022). No que diz respeito ao óbito por outras causas, apenas um paciente era coinfetado tuberculose-HIV, o qual não estava em terapia antirretroviral quando foi diagnosticado com tuberculose, falecendo em decorrência da Aids. Ademais, dois dos óbitos, tinham tuberculose pulmonar e extrapulmonar.

Foi realizado um estudo observacional com uso de dados registrados em base de dados pública e obviamente, as limitações do estudo podem estar relacionadas a veracidade dos dados epidemiológicos que são registrados nos sistemas regionais para então compor a base de dados nacional. Para superar tal limitação extensa busca e confirmação dos dados foi realizada por uma das autoras que possui acesso a rede de atenção à saúde e a rede de atenção à saúde prisional. Além disso, o tamanho da amostra pequeno e o curto período de tempo analisado não permitem análises mais profundas, por outro lado apresentam dados reais da população investigada contribuindo para a discussão sobre o tema.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na região e período investigado foram identificados aumento nos casos novos de tuberculose, especialmente na população privada de liberdade, bem como baixas taxas de confirmação laboratorial da tuberculose pulmonar. Indicadores de coinfeção tuberculose-HIV, tratamento diretamente observado e investigação de contatos foram satisfatórios em ambas as populações. Enquanto, o desfecho cura para ambas as populações foi inferior às metas do programa nacional de atenção à tuberculose.

Ações diversas precisam ser realizadas, debatidas, estudadas em conjunto, principalmente entre as equipes da atenção primária à saúde, de atenção primária prisional e, de saúde dos hospitais da região para a melhoria da qualidade do cuidado oferecido à pessoa com tuberculose e reduzir ou até eliminar a doença. Especialmente, para controlar a tuberculose nas prisões, é importante aumentar o diagnóstico laboratorial e manter altas taxas de investigação e tratamento de tuberculose ativa entre contatos, altas taxas de tratamento diretamente observado e de testagem para coinfeção tuberculose-HIV.

REFERÊNCIAS

- ADANE, K.; SPIGT, M.; DINANT, G.J. Tuberculosis treatment outcome and predictors in northern Ethiopian prisons: a five-year retrospective analysis. *BMC Pulmonary Medicine*, Reino Unido, v. 18, n. 1, p. 37, 20 fev. 2018. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12890-018-0600-1>. Disponível em: <https://bmcpulmmed.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12890-018-0600-1>. Acesso em: 6 jul. 2024.
- BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Estimativas da população residente para os municípios e para as unidades da federação*. IBGE, Rio de Janeiro, 1 jul. 2021. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9103-estimativas-de-populacao.html>. Acesso em: 6 jul. 2024.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Relatório de Recomendação Protocolos e Diretrizes Nº 854- Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos Módulo 2: Coinfecções e Infecções Oportunistas*. 854. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/relatorios/2023/PCDTManejodaInfecopeloHIVemAdultosMduo2Coinfeces.docx.pdf>. Acesso em: 6 jul. 2024b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Coordenação Geral de Vigilância das Doenças de Transmissão Respiratória de Condições Crônicas. *Boletim Epidemiológico – Tuberculose 2023*. Número Especial. Brasília, DF: Ministério

da Saúde, 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/especiais/2023/boletim-epidemiologico-de-tuberculose-numero-especial-mar.2023/view>. Acesso em: 6 jul. 2024a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. *Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil. 2a edição atualizada*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/tuberculose/manual-de-recomendacoes-e-controle-da-tuberculose-no-brasil-2a-ed.pdf/view>. Acesso em: 6 jul. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de HIV/Aids, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis Coordenação Geral de Vigilância da Tuberculose, Micoses Endêmicas e Micobactérias não Tuberculosas. *Boletim Epidemiológico - Tuberculose 2024*. Número Especial I. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/boletins-epidemiologicos/2024/boletim-epidemiologico-tuberculose-2024/view>. Acesso em: 6 jul. 2024a.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Sistema de Informação de Agravos de Notificação-Sinan Net. Versão 5.0.0.0*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2024. Disponível em: <https://portalsinan.saude.gov.br/SINAN-net> . Acesso em: 6 jul. 2024b.

CAMILLO, A. J. G. *et al.* Fatores associados ao óbito por tuberculose e HIV/aids em presídios: revisão integrativa. *Acta Paulista de Enfermagem*, São Paulo, v. 35, p. eAPE01606, 12 ago. 2022. DOI: 10.37689/acta-ape/2022AR016066. Disponível em: <https://acta-ape.org/article/fatores-associados-ao-obito-por-tuberculose-e-hiv-aids-em-presidios-revisao-integrativa/>. Acesso em: 6 jul. 2024.

CARBONE, A. DA S. S. *et al.* Active and latent tuberculosis in Brazilian correctional facilities: a cross-sectional study. *BMC Infectious Diseases*, Reino Unido, v. 15, n. 1, p. 24, 22 jan. 2015. DOI: 10.1186/s12879-015-0764-8. Disponível em: <https://bmcinfectdis.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12879-015-0764-8>. Acesso em: 6 jul. 2024.

CHARALAMBOUS, S. *et al.* Scaling up evidence-based approaches to tuberculosis screening in prisons. *The Lancet Public Health*, Reino Unido, v. 8, n. 4, p. e305-e310, 1 abr. 2023. DOI: 10.1016/S2468-2667(23)00002-6. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lanpub/article/PIIS2468-2667\(23\)00002-6/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanpub/article/PIIS2468-2667(23)00002-6/fulltext). Acesso em: 6 jul. 2024.

DARA, M. *et al.* Tuberculosis control in prisons: current situation and research gaps. *International Journal of Infectious Diseases*, Canadá, v. 32, p. 111-117, 1 mar. 2015. DOI:10.1016/j.ijid.2014.12.029. Disponível em: [https://www.ijidonline.com/article/S1201-9712\(14\)01747-0/fulltext](https://www.ijidonline.com/article/S1201-9712(14)01747-0/fulltext). Acesso em: 6 jul. 2024.

FERREIRA, M. R. L. *et al.* Determinantes sociais da saúde e desfecho desfavorável do tratamento da tuberculose no sistema prisional. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 27, p. 4451-4459, 14 nov. 2022. DOI: 10.1590/1413-81232022712.08632022. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/csc/a/RfL6bRQwZj3X8rVjdpS47Sm/?lang=pt>. Acesso em: 6 jul. 2024.

GYGLI, S. M. *et al.* Prisons as ecological drivers of fitness-compensated multidrug-resistant *Mycobacterium tuberculosis*. *Nature medicine*, Estados Unidos, v. 27, n. 7, p. 1171-1177, jul. 2021. DOI: 10.1038/s41591-021-01358-x. Disponível em:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9400913/>. Acesso em: 6 jul. 2024.

HINO, P. *et al.* Impacto da COVID-19 no controle e reorganização da atenção à tuberculose. *Acta Paulista de Enfermagem*, São Paulo, v. 34, p. eAPE002115, 5 nov. 2021. DOI: 10.37689/acta-ape/2021AR02115. Disponível em: [https://acta-](https://acta-ape.org/article/impacto-da-covid-19-no-controle-e-reorganizacao-da-atencao-a-tuberculose/)

[ape.org/article/impacto-da-covid-19-no-controle-e-reorganizacao-da-atencao-a-tuberculose/](https://acta-ape.org/article/impacto-da-covid-19-no-controle-e-reorganizacao-da-atencao-a-tuberculose/). Acesso em: 6 jul. 2024.

MABUD, T. S. *et al.* Evaluating strategies for control of tuberculosis in prisons and prevention of spillover into communities: an observational and modeling study from Brazil. *PLOS Medicine*, Estados Unidos, v. 16, n. 1, p. e1002737, 24 jan. 2019. DOI: 10.1371/journal.pmed.1002737. Disponível em:

<https://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.1002737>. Acesso em: 6 jul. 2024.

MAIA, C. M. F. *et al.* Tuberculosis in Brazil: the impact of the COVID-19 pandemic. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, Brasília, DF, v. 48, p. e20220082, 20 abr. 2022. DOI: 10.36416/1806-3756/e20220082. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/jbpneu/a/PnnMHLhfzmvFNMrBXHNZNhG#:~:text=During%20the%20pandemic%20period%2C%20the,pulmonary%20TB%20cases%20in%20Brazil>. Acesso em: 6 jul. 2024.

MCQUAID, C. F. *et al.* The impact of COVID-19 on TB: a review of the data. *The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*, França, v. 25, n. 6, p. 436-446, 1 jun. 2021. DOI: 10.5588/ijtld.21.0148. Disponível em:

<https://www.ingentaconnect.com/content/ijatld/ijtld/2021/00000025/00000006/art00005?sessionId=1gyf7ldhrypvc.x-ic-live-02>. Acesso em: 06 jul. 2024.

PLACERES, A. F. *et al.* Epidemiology of TB in prisoners: a metanalysis of the prevalence of active and latent TB. *BMC infectious diseases*, Reino Unido, v. 23, n. 1, p. 20, 11 jan. 2023. DOI: 10.1186/s12879-022-07961-8. Disponível em:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36631770/>. Acesso em: 06 jul. 2024.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. Centro Estadual de Vigilância em Saúde. Divisão de Vigilância Epidemiológica. Programa Estadual de Controle da Tuberculose. *Informe Epidemiológico - Estado do Rio Grande do Sul - Tuberculose 2022*. Porto Alegre: Secretaria da Saúde, 2022.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. Departamento de Atenção Primária e Políticas de Saúde. *Nota Informativa N° 03/2023 Indicadores DAPPS/PI Atenção Primária à Saúde*. Porto Alegre: Secretaria da Saúde, 2023.

SANTOS, A. DA S. *et al.* Yield, efficiency, and costs of mass screening algorithms for tuberculosis in brazilian prisons. *Clinical Infectious Diseases*, Estados Unidos, v. 72, n. 5, p. 771-777, 1 mar. 2021. DOI: 10.1093/cid/ciaa135. Disponível em: <https://academic.oup.com/cid/article/72/5/771/5736588>. Acesso em: 6 set. 2024.

SILVA, L. M. *et al.* O cenário da tuberculose no Brasil: impactos da pandemia da COVID-19 na subnotificação e descontinuidade do tratamento: The Tuberculosis scenario in Brazil: impacts of the COVID-19 pandemic on unreporting and discontinuity of treatment. *Brazilian Journal of Health Review*, Curitiba, v. 5, n. 5, p. 21067-21081, 18 out. 2022. DOI: 10.34119/bjhrv5n5-260. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/53231>. Acesso em: 6 jul. 2024.

WALTER, K. S. *et al.* The role of prisons in disseminating tuberculosis in Brazil: a genomic epidemiology study. *The Lancet Regional Health - Americas*, Inglaterra, v. 9, p. 100186, 1 maio 2022. DOI: 10.1016/j.lana.2022.100186. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2667193X22000035>. Acesso em: 6 jul. 2024.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Global tuberculosis report 2023*. License: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Genebra: OMS, 2023. Disponível em: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/373828/9789240083851-eng.pdf?sequence=1>. Acesso em: 6 jul. 2024.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *WHO consolidated guidelines on tuberculosis. Module 2: screening systematic screening for tuberculosis disease*. License: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Geneva: WHO, 2021. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/340255/9789240022676-eng.pdf>. Acesso em: 6 jul. 2024.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *WHO operational handbook on tuberculosis (Module 1 – Prevention): tuberculosis preventive treatment*. License: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Geneva: WHO, 2020. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331525/9789240002906-eng.pdf>. Acesso em: 6 jul. 2024.

Editor responsável: Daniel Demétrio Faustino da Silva
Recebido em 24 de setembro de 2024.
Aceito em 09 de maio de 2025.
Publicado em 31 de julho de 2025.

Como referenciar este artigo (ABNT):

TOLOTTI, Greici Kelli; *et. al.*. Tuberculose na população privada de liberdade em comparação à população geral: estudo observacional na região norte do Rio Grande do Sul. *Cadernos de Ensino e Pesquisa em Saúde*, Porto Alegre, v. 5, e456, jan./dez. 2025.

Percepção de Secretários Municipais de Saúde sobre a importância do Conselho Municipal de Saúde: um estudo transversal

Perception of Municipal Health Secretaries regarding the importance of the Municipal Health Council: a cross-sectional study

Percepción de los Secretarios Municipales de Salud sobre la importancia del Consejo Municipal de Salud: un estudio transversal

Luiza Chagas Pires¹
Fernando Ritter²
Violeta Rodrigues Aguiar³
Fabiana da Silva Cabreira⁴
Samuel Jorge Moyses⁵
Paulo Savio Angueira Goes⁶
Roger Keller Celeste⁷

(¹) Programa de Pós-graduação em Odontologia, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Brasil. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4241-0417>

(²) Programa de Pós-graduação em Odontologia, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Brasil. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8135-3278>

(³) Programa de Pós-graduação em Odontologia, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Brasil. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1533-5490>

(⁴) Programa de Pós-graduação em Odontologia, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Brasil. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2606-8754>

(⁵) Faculdade de Odontologia, Pontifícia Universidade Católica do Paraná(PUC-PR), Curitiba-PR, Brasil. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3075-6397>

(⁶) Departamento de Odontologia Clínica e Preventiva, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, Brasil. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6708-0450>

(⁷) Programa de Pós-graduação em Odontologia, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Brasil. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2468-6655>

RESUMO

Objetivo: Descrever o perfil dos gestores e explorar fatores associados à percepção da importância do controle social pelos gestores municipais do SUS no seu processo de tomada de decisão. **Métodos:** Realizou-se estudo seccional através da aplicação de um questionário aos 497 secretários municipais de saúde do estado do Rio Grande do Sul. Efetuou-se regressão logística ordinal para analisar fatores relacionados ao quanto o gestor acreditava ser importante consultar o conselho municipal de saúde (CMS). **Resultados:** De um conjunto de onze variáveis individuais ou contextuais, gestores de municípios com cobertura de Estratégia de Saúde da Família >40 ESFs por 100 mil/hab foi a mais fortemente associada e tiveram 2,32 vezes (IC95%: 1,27-4,20) mais chances de perceberem a importância da consulta ao CMS. **Conclusão:** A consulta aos conselhos municipais de saúde é importante, no entanto novos estudos são necessários para compreender como a maior cobertura de atenção primária em saúde pode influenciar o processo de consulta ao controle social e explorar outros fatores contextuais e individuais.

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde; tomada de decisão; gestor de saúde; políticas de controle social; participação social.

ABSTRACT

Objective: To describe the profile of managers and explore factors associated with the perception of the importance of social control by municipal SUS managers in their decision-making process. **Methods:** A cross-sectional study was conducted through the application of a questionnaire to the 497 municipal health secretaries of the state of Rio Grande do Sul. Ordinal logistic regression was performed to analyze factors related to how important managers believed it was to consult the Municipal Health Council (CMS). **Results:** Among a set of eleven individual or contextual variables, managers from municipalities with Family Health Strategy (FHS) coverage of more than 40 FHS teams per 100,000 inhabitants were the most strongly associated, with 2.32 times (95% CI: 1.27–4.20) greater odds of perceiving the importance of consulting the CMS. **Conclusion:** Consulting the Municipal Health Councils is important; however, further studies are necessary to understand how greater primary health care coverage may influence the consultation process of social control and to explore other contextual and individual factors. **Keywords:** Unified Health System; decision-making; health manager; social control policies; social participation.

RESUMEN

Objetivo: Describir el perfil de los gestores y explorar los factores asociados a la percepción de la importancia del control social por parte de los gestores municipales del SUS en su proceso de toma de decisiones. **Métodos:** Se realizó un estudio transversal mediante la aplicación de un cuestionario a los 497 secretarios municipales de salud del estado de Rio Grande do Sul. Se efectuó una regresión logística ordinal para analizar los factores relacionados con cuán importante consideraba el gestor consultar al Consejo Municipal de Salud (CMS). **Resultados:** De un conjunto de once variables individuales o contextuales, los gestores de municipios con una cobertura de la Estrategia de Salud de la Familia (ESF) superior a 40 ESF por cada 100 mil habitantes fueron los más fuertemente asociados, teniendo 2,32 veces (IC95%: 1,27–4,20) más probabilidades de percibir la importancia de consultar al CMS. **Conclusión:** La consulta a los Consejos Municipales de Salud es importante; sin embargo, se necesitan nuevos estudios para comprender cómo una mayor cobertura de atención primaria en salud puede influir en el proceso de consulta al control social y explorar otros factores contextuales e individuales. **Palabras clave:** Sistema Único de Salud; toma de decisiones; gestor de salud; políticas de control social; participación social.

INTRODUÇÃO

O conceito tradicional de controle social está relacionado aos mecanismos pelos quais o Estado regula as ações dos cidadãos. Contudo, nas últimas décadas, muitos países ocidentais têm experimentado novas formas de controle social, deslocando o foco para a capacidade do cidadão de monitorar e direcionar as ações públicas para o bem comum. Nesse novo paradigma, o controle social desempenha o papel de regulador das atividades do governo, envolvendo o acompanhamento abrangente das políticas públicas em todas as etapas, desde o planejamento até a avaliação, além de uma participação ativa na definição das diretrizes governamentais (Bieger *et al.*, 2017). A Declaração de Alma Ata (1978) já destacava a participação comunitária como princípio fundamental da Atenção Primária à Saúde (APS) (Giovanella *et al.*, 2019), e, em 1986, a Carta de Ottawa reforçou a importância desse engajamento. No Brasil, a Constituição de 1988 consolidou a participação da comunidade como diretriz essencial para a organização dos serviços públicos de saúde (Escorel; Moreira, 2012). A Lei 8.142/90

foi um marco legal ao normatizar a participação social, criando os Conselhos de Saúde (CS) e as Conferências de Saúde como instrumentos para a mobilização e engajamento popular.

No âmbito da gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), atribui-se aos conselhos municipais, estaduais e nacional de saúde a função de atuar na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde, na instância correspondente, de forma deliberativa, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros (Correia, 2006). As decisões dos conselhos devem ser homologadas pelo executivo, em cada esfera de governo, mas os conselhos não são órgãos responsáveis pela gestão ou execução de serviços e, por isso, não têm responsabilidade direta sobre a prestação dos serviços de saúde (Brasil; Ministério da Saúde, 2014). Enquanto as conferências de saúde são responsáveis por aprovar as diretrizes, os conselhos têm a responsabilidade de aprovar as políticas de saúde a serem executadas na instância correspondente (Brasil, 2014; Malaman *et al.*, 2021).

Embora esteja prevista na lei, a participação social é um processo em constante construção, que apresenta avanços e recuos e, muitas vezes, depende da ampla mobilização da comunidade para a defesa de seus direitos (Silva; Novais; Zucchi, 2021). O conselho municipal de saúde (CMS) desempenha um papel fundamental ao auxiliar o gestor de saúde na tomada de decisões. O CMS monitora a implementação das políticas de saúde e avalia seus impactos, de forma que o gestor consiga entender o desempenho das iniciativas e a realizar ajustes necessários para garantir que as metas sejam alcançadas e os recursos sejam utilizados de forma eficaz. Ademais, o fato dos membros do CMS serem de diferentes setores da sociedade permite uma variedade de perspectivas que auxiliam o processo de tomada de decisão do gestor de saúde de forma mais alinhada com as necessidades reais da comunidade. (Kleba; Zampirom; Comerlato, 2015; Milani, 2008). Porém, para que os conselhos sejam efetivamente espaços de decisão e de controle social das ações do Estado, torna-se necessário que os atores envolvidos reconheçam e fortaleçam os dispositivos técnicos e políticos a serem instituídos com vistas ao compartilhamento do poder de decisão e ao controle da implementação das políticas (Kleba; Zampirom; Comerlato, 2015; Milani, 2008).

O conceito de quadrilátero da formação na saúde está intimamente ligado ao controle social, especialmente no contexto da saúde pública brasileira. O quadrilátero da

formação propõe a integração de quatro elementos fundamentais de um sistema de saúde: a gestão, a prestação de serviços assistenciais, a educação na saúde e a participação popular. Tem como objetivo transformar e organizar os serviços assistenciais e os processos educativos, aprimorar a articulação entre o sistema de saúde em todas as esferas de gestão e as instituições formadoras, além de regular essas ações por meio da participação popular. Trata-se de uma abordagem tipicamente brasileira, que promove uma aprendizagem significativa aproveitando os desafios cotidianos dos serviços e reorganizando o processo de trabalho (Pereira *et al.*, 2022; Rodrigues; Kostulski; Arpini, 2021). O controle social é essencial para a efetividade do quadrilátero da formação, pois assegura que todas as partes interessadas tenham voz e influência nas políticas e práticas de saúde. Ele promove a transparência, a responsabilização e a melhoria contínua dos serviços de saúde, garantindo que eles atendam às necessidades da sociedade de maneira justa e equitativa (Pereira *et al.*, 2022; Rodrigues; Kostulski; Arpini, 2021).

Compreender os fatores individuais e contextuais que influenciam a valorização da consulta às instituições de controle social pelos gestores é crucial para a construção de políticas públicas mais eficazes. A identificação de perfis de gestores permite compreender quais características estão associadas a uma maior abertura para o diálogo com a comunidade e o reconhecimento da importância da escuta qualificada das demandas da população. A hipótese deste estudo é que características demográficas, educacionais e sociais dos gestores, bem como variáveis contextuais do município, estão associadas à valorização da consulta ao CMS no processo de tomada de decisão. Assim, o objetivo deste estudo foi descrever o perfil dos gestores e explorar os fatores associados à percepção da importância do controle social pelos gestores municipais do SUS.

MÉTODOS

O presente estudo possui delineamento transversal cujo universo foram os secretários de saúde dos 497 municípios do estado do Rio Grande do Sul. Os dados foram coletados no período de agosto de 2017 a maio de 2019 utilizando questionário enviado para o e-mail institucional das prefeituras e secretarias municipais de saúde. Para municípios que não responderam ao questionário online, foram realizadas até seis

tentativas de contato telefônico (fixo ou celular) com secretários de saúde ou assessores de forma de alcançar maior taxa de resposta. Dados de contato foram obtidos nos websites das Secretarias Municipais de Saúde. O instrumento de coleta das informações foi constituído por um questionário com perguntas auto preenchíveis onde foram coletadas informações individuais a respeito do respondente e dados referentes ao contexto do município. Para garantia e controle de qualidade das informações foram tomadas algumas medidas que podem ser consultadas em estudo prévio (Aguiar *et al.*, 2023). Esta pesquisa seguiu as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres– Humanos - Resolução 466/2012, e foi aprovada pelo Comitê de Ética da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (número CAAE 68968317.0.0000.534).

Variáveis

A variável dependente foi a importância dada à consulta ao controle social pelo gestor. A pergunta usada foi: “Na sua opinião/visão, o quanto é útil para a gestão consultar o Conselho Municipal de Saúde para a tomada de decisão?”.

As variáveis independentes incluíram dados sociodemográficos, experiência do gestor, sua filiação e dedicação, bem como variáveis do contexto municipal. Variáveis sociodemográficas incluíram: sexo, idade, escolaridade e renda domiciliar. A variável idade foi categorizada em: até 39 anos, 40-49 anos, 50-59 anos e ≥ 60 anos. A variável de escolaridade foi dividida em quatro categorias: ensino fundamental completo ou incompleto, ensino médio completo, graduação completa e pós-graduação. A variável renda domiciliar equivalente (Celeste; Bastos, 2013) foi categorizada em: < R\$2.500,00, R\$2.500,00-5.000,00, R\$5.000,00-7.500,00 e > R\$7.500,00. A experiência do gestor foi padronizada em anos e dicotomizada em: 0-1 anos, 2 anos.

A variável “filiação e dedicação” foi construída a partir da união das respostas dadas pelos gestores nas perguntas “Você é vinculado a algum partido político?”, dicotomizada em sim e não, e “Quantas horas de trabalho semanais são contratualizadas no seu atual cargo/função de gestão?”, para a qual os gestores podiam responder: 20 horas, 30 horas, 40 horas, mais de 40 horas e dedicação exclusiva. Esta foi dicotomizada em: dedicação exclusiva ou não. Ao final da construção, essa variável foi categorizada da seguinte forma: sem filiação e sem dedicação (sem partido político e sem dedicação

exclusiva); filiação partido apenas (ter filiação partidária e não ter dedicação exclusiva); com filiação e com dedicação (ter filiação partidária e dedicação exclusiva); e dedicação apenas (não ter filiação partidária e ter dedicação exclusiva).

As variáveis contextuais de caráter municipal coletadas foram: porte populacional estimativa 2017 (IBGE), PIB per capita de 2013, taxa média de cobertura ESF por 100000 habitantes de 2015 a 2017 (extraído do CNES), tipo de gestão (Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul, 2017-2019). A classificação tipo de gestão é referente à classificação do Ministério da Saúde e CONASEMS, de acordo com o Sistema de Controle do Limite Financeiro da Média e Alta Complexidade – SISMAC, que se refere à condição da gestão do município quanto aos recursos: ter gestão plena do sistema (da atenção primária, média e alta complexidade), ter gestão parcial da média e alta complexidade (com assunção de alguns serviços da MAC) e gestão somente da APS (Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2024).

Análise Estatística

A estatística descritiva foi realizada por meio de tabelas de contingência. O teste do qui-quadrado para tendência linear foi utilizado para testar associações entre covariadas e importância que os gestores depositam na consulta ao controle social. Para análise ajustada, foi utilizada a regressão logística ordinal com modelo *stepwise backwards* com $p > 0.20$ para remoção, mantendo as variáveis sexo e idade dos gestores como variáveis exógenas fixas no modelo. O ajuste do modelo através do diagnóstico de resíduos e indicadores de pseudoR^2 , AIC e BIC. Todas análises foram realizadas no software Stata 16.1.

RESULTADOS

Dentre os secretários de saúde dos 497 municípios do Rio Grande do Sul, 404 participaram da pesquisa (81,3%). Destes, metade deles era do sexo masculino, a maioria tinha até 49 anos, 2/3 dos gestores apresentaram ensino superior completo e predominou renda domiciliar entre R\$ 2.500,00 e R\$ 5.000,00. A maioria possuíam dois anos de experiência no cargo de gestão e possuíam vínculo partidário.

Ao avaliar a proporção de gestores de acordo com a importância dada consulta ao CMS segundo as variáveis individuais relativas aos gestores, os resultados não foram

estatisticamente significativos (Tabela 1). No entanto, pode-se destacar alguns dados como o caso de que as mulheres gestoras que, em sua maioria, 64,4% acham “sempre” útil consultar o CMS para orientar suas ações. Observando a variável “filiação e dedicação” verifica-se que gestores (75,7%) sem filiação partidária, porém com dedicação exclusiva ao trabalho no SUS apresentaram mais chance de sempre consultar o CMS para tomadas de decisão.

Tabela 1 - Proporção de gestores que consideram o quanto é útil a consulta ao Conselho Municipal de Saúde para a tomada de decisão, segundo variáveis individuais relativas aos gestores, Rio Grande do Sul

Variável	Categoria	Total		Às Vezes	Quase Sempre	Sempre	p-valor
		n	%	%	%	%	
Total		404		100	16.3	22.3	61.4
Sexo	Masculino	202	50.0	18.3	23.3	58.4	0.19
	Feminino	202	50.0	14.4	21.3	64.4	
Idade	até 39 anos	147	36.3	18.4	19.7	61.9	0.64*
	40-49 anos	123	30.4	17.1	23.6	59.4	
	50-59 anos	106	26.2	11.3	21.7	67.0	
	≥ 60 anos	28	6.9	21.4	32.1	46.4	
Escolaridade	Fundamental completo ou inc	17	4.2	11.8	29.4	58.8	0.86*
	Médio completo	129	31.9	14.7	22.5	62.8	
	Superior completo	137	33.9	19.0	19.0	62.0	
	Pós-graduação	121	29.9	15.7	24.8	59.5	
Renda	< R\$2500	82	20.2	14.6	24.4	61.0	0.72*
	R\$2500-5000	209	51.7	15.3	23.0	61.7	
	R\$5000-7500	71	12.5	16.9	22.5	60.6	
	> R\$7500	38	9.4	21.1	15.8	63.2	
Experiência gestão	0-1 ano	85	21	12.9	18.8	68.2	0.16
	2 anos	318	78.7	17.3	23.3	59.4	
Aderência	Sem Vínculo	55	13.6	10.9	30.9	58.2	0.51
	Vínculo Partido	160	39.6	15.6	25.0	59.4	
	Vínculo Misto	152	37.6	19.7	19.1	61.2	
	Vínculo SUS	37	9.1	13.5	10.8	75.7	
Partido Político	Nenhum	92	22.7	11.9	22.8	65.2	0.42

DEM/PP/PRB/PSD/P R	93 23	16.1	18.2	65.5
MDB/PSDB/PDT/PT B	173 42.8	16.1	24.2	59.5
PT/PCdoB/PSB	46 11.3	26.0	21.7	52.1

Fonte: próprio autor.

*qui-quadrado para tendência linear.

* Variável Aderência: Sem vínculo: sem partido e sem Dedicção Exclusiva. Vínculo partido: tem partido e não tem Dedicção Exclusiva. Vínculo Misto: tem vínculo partidário e Dedicção Exclusiva. Vínculo SUS: não tem partido e tem Dedicção Exclusiva.

Em relação à proporção de gestores que consideram o quanto é importante a consulta ao Conselho Municipal de Saúde para a tomada de decisão, segundo variáveis contextuais dos municípios, observou-se apenas uma associação significativa entre essa percepção e a cobertura de Estratégia de Saúde da Família (Tabela 2). Municípios com uma cobertura de ESF maior estavam associados à maior proporção de gestores municipais de saúde que consideravam sempre importante consultar o CMS para a tomada de decisão. Entretanto, mesmo não sendo significativo estatisticamente, percebe-se que quanto maior é o porte populacional e o PIB per capita do município, menos o gestor considerava sempre importante consultar o CMS.

Tabela 2 - Proporção de gestores que consideram o quanto é útil a consulta ao Conselho Municipal de Saúde para a tomada de decisão, segundo variáveis contextuais dos municípios, Rio Grande do Sul

Variável	Categoria	Total		Às Vezes	Quase Sempre	Sempre	p-valor
		n	%	%	%	%	
Total		404	100.0	16.3	22.3	61.4	
Porte	< 5mil	177	43.8	11.9	23.2	65.0	< 0.01*
Municipal	5-30 mil	165	40.8	17.0	21.2	61.8	
2017	30-50 mil	25	6.1	24.0	16.0	60.0	
	> 50 mil	37	9.1	29.7	27.0	43.2	
PIB Per Capita	< R\$20mil	153	37.8	13.1	19.6	67.3	< 0.01*
2013	R\$20-29 mil	130	3.2	17.7	22.3	60.0	
	R\$30-39 mil	69	17.0	17.4	27.5	55.1	
	≥ R\$40 mil	52	12.8	21.2	23.1	55.8	
ESF por 100 mil hab	<20 ESFs	99	24.5	28.8	21.2	50.5	< 0.01*
	20-30 ESFs	87	21.5	13.8	26.4	59.7	
2015-2017	30-40 ESFs	92	22.7	13.0	21.7	65.2	
	>40 ESFs	126	31.2	11.1	20.6	68.2	

Tipo de Gestão	Plena APS	121	29.9	14.1	28.1	57.9	< 0.01
	Parcial MAC	232	57.4	14.2	18.5	67.2	
	Plena Sistema	51	12.6	31.4	25.5	43.1	

Fonte: próprio autor.

*qui-quadrado para tendência linear.

Os resultados das análises por regressão, apresentados na Tabela 3, mostraram que à medida que a cobertura da ESF aumentava, maiores eram as chances do gestor de considerar sempre importante consultar o CMS. As demais variáveis contextuais não foram estatisticamente significativas (a um nível de 5%) em nenhum dos modelos ajustados, porém se mantém uma lógica de gradiente no qual municípios de maior porte populacional consideram menos importante consultar sempre o CMS.

Tabela 3 - Razão de Chances (Odds Ratio-OR) e intervalo de confiança de 95% (IC 95%) de gestores consideraram mais útil a consulta ao Conselho Municipal de Saúde para a tomada de decisão, segundo fatores individuais e contextuais no Rio Grande do Sul.

		Modelo Cheio Inicial		Modelo Final*	
		OR	(IC 95%)	OR	(IC 95%)
Sexo	Masculino	1		1	
	Feminino	1.17	(0.79-1.9)	1.32	(0.87-1.98)
Idade	até 39 anos	1		1	
	40-49 anos	0.94	(0.56-1.57)	0.99	(0.61-1.64)
	50-59 anos	1.48	(0.84-2.61)	1.49	(0.88-2.54)
	≥ 60 anos	0.55	(0.24-1.26)	0.64	(0.29-1.41)
Escolaridade	Fundamental completo ou incomp.	1			
	Médio completo	1.07	(0.37-3.07)		
	Superior completo	1.15	(0.40-3.34)		
	Pós-graduação completa	1.14	(0.37-3.43)		
Renda Domiciliar Equivalente	< R\$2.500	1			
	R\$2.500-5000	1.30	(0.76-2.24)		
	R\$5.000-7.500	1.43	(0.71-2.90)		
	> R\$7.500	2.06	(0.81-5.26)		
Experiência no cargo de gestão	0-1 ano	1		1	
	2 anos	0.59	(0.34-1.07)	0.62	(0.37-1.04)
Aderência ao SUS	Sem Vínculo	1			
	Vínculo Partido	0.99	(0.50-1.82)		
	Vínculo Misto	1.04	(0.54-1.99)		
	Vínculo SUS	1.95	(0.74-5.07)		
Porte Municipal	< 5mil	1			

	5-30 mil	0.89	(0.51-1.54)		
	30-50 mil	0.94	(0.32-2.79)		
	> 50 mil	0.59	(0.22-1.60)		
ESF por 100 mil hab 2015-2017	<20 ESF	1		1	
	20-30 ESFs	1.51	(0.78-2.92)	1.57	(0.86-2.86)
	30-40 ESFs	2.35	(1.12-4.90)	2.11	(1.11-3.98)
	>40 ESFs	2.40	(1.11-5.14)	2.32	(1.27-4.20)
PIB Per Capita 2013	< R\$20mil	1		1	
	R\$20-29 mil	1.29	(0.60-2.71)	1.27	(0.62-2.62)
	R\$30-39 mil	0.75	(0.36-1.53)	0.78	(0.39-1.56)
	≥ R\$40 mil	0.77	(0.37-1.60)	0.75	(0.37-1.49)
Tipo de Gestão	Plena APS	1		1	
	Parcial MAC	1.77	(1.09-2.87)	1.74	(1.10-2.78)
	Plena Sistema	0.90	(0.42-1.93)	0.85	(0.42-1.73)
Ajuste do Modelo	pseudo R2	5.4%		3.4%	
	AIC	1.89		1.85	
	BIC	862.75		806.42	

Fonte: próprio autor.

*obtido por método stepwise backwards com manutenção de variáveis com $p < 0.20$, mantendo idade e sexo independente de p-valor.

DISCUSSÃO

Este estudo revelou que a maioria dos gestores municipais de saúde considera importante a consulta ao Conselho Municipal de Saúde (CMS) para a tomada de decisões, embora fatores individuais nem sempre estejam associados estatisticamente a essa percepção. Destacam-se, contudo, que mulheres gestoras e gestores sem filiação partidária com dedicação exclusiva ao SUS apresentaram maior chance de considerar o CMS como sempre útil. Além disso, observou-se associação significativa entre a cobertura da Estratégia Saúde da Família (ESF) e a valorização do CMS para decisões locais.

A institucionalização dos conselhos de saúde (CS) é uma inovação política para o avanço da democracia e do SUS e ganhou importância no Brasil a partir do processo de redemocratização, depois da 8ª CNS em 1986 (Lemos, 2018). A mobilização popular em prol da democracia e do direito à saúde agregado com as disposições legais criadoras do SUS promoveram a consolidação dos CS nos 28 estados, em praticamente

todos os mais de 5 mil municípios do país (Labra; Figueiredo, 2002). Além disso, disposições do Ministério da Saúde e do Conselho Nacional de Saúde passaram a exigir que para a transferência de recursos financeiros a estados e municípios é indispensável que a secretaria de saúde conte com um CS. Esse portanto, teria a obrigação de examinar e aprovar o Plano de Saúde, o Orçamento e outros instrumentos de gestão (Labra; Figueiredo, 2002).

O presente trabalho possui pontos fortes e limitações. Um dos pontos fortes deste estudo é o grande tamanho amostral que se aproximou do censo de gestores do estado minimizando possíveis vieses de seleção. Ainda, a percepção de consulta ao conselho pode ser explicada por variáveis que não constam neste estudo e futuras investigações podem aprofundar esses temas. De forma similar, a percepção de um mesmo gestor também pode mudar ao longo do tempo em função de experiências recentes que não são captadas em um estudo de natureza quantitativa. O impacto de eleições nacionais no intervalo de tempo da coleta e a presença de uma pandemia logo após a coleta dos dados podem impactar de forma imprevisível nas frequências, mas até o momento não há evidências empíricas que possam alterar as associações apresentadas, as quais podem ser úteis em futuros estudos.

A valorização desses espaços participativos pelos gestores municipais de saúde deve ser entendida como uma forma de desenvolvimento democrático mais justa, com a participação direta dos cidadãos, criando atores importantes para o processo de tomada de decisão (Moreira *et al.*, 2006; Moreira; Escorel, 2009). Entretanto, o exercício do controle social no âmbito dos CS constitui um processo de interação entre os distintos sujeitos, portadores de interesses diversos, com diferentes necessidades, formas de inserção social e visões de mundo que promovem uma disputa de poder entre os diversos atores sociais envolvidos. Assim, é fundamental qualificar a representação e aumentar a efetividade desses espaços para que ocorra uma melhor efetividade nas propostas, execução e monitoramento das políticas públicas.

A pesquisa revelou um perfil demográfico interessante dos gestores de saúde no estado. A participação de 404 gestores, representando 81,3% dos municípios, é um indicativo significativo de um comprometimento com a pesquisa. A renda domiciliar de R\$ 2.500,00 a R\$ 5.000,00, aliada ao tempo médio de 2 anos de experiência no cargo de gestão, aponta para um perfil de gestores com relativa experiência, mas também com

um potencial de rotatividade devido à pouca duração no cargo. Essa combinação de fatores pode ser um reflexo da dinâmica de gestão pública no SUS, onde a estabilidade no cargo nem sempre é garantida.

A análise dos gestores sobre a consulta ao CMS revela uma diversidade de percepções, com destaque para o papel das mulheres gestoras, que se mostraram mais propensas a considerar a consulta ao CMS como sempre útil (64,4%). Esse dado pode refletir uma maior sensibilidade e preocupação das gestoras com a orientação do CMS, possivelmente pela sua atuação em um contexto onde a participação e a representatividade são fundamentais para as decisões em saúde (Kalbarczyk *et al.*, 2025). A literatura já aponta que as mulheres em cargos de liderança tendem a ser mais colaborativas e valorizar processos de decisão mais inclusivos (Eagly; Johnson, 1990). Além disso, a associação entre a falta de filiação partidária e a dedicação exclusiva ao SUS, que aumentou a probabilidade de considerar sempre importante consultar o CMS (75,7%), sugere que gestores que estão menos influenciados por vínculos partidários podem se sentir mais livres para adotar uma postura técnica e consultiva nas decisões (Costa *et al.*, 2023; Becker *et al.*, 2018). Isso reflete um possível benefício da dedicação exclusiva ao cargo, onde o foco no serviço público é uma prioridade e a consulta ao CMS se torna uma prática mais relevante para a tomada de decisões.

No que diz respeito ao contexto municipal, a única variável que apresentou uma associação estatisticamente significativa foi a cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF). Municípios com maior cobertura da ESF demonstraram uma maior propensão de gestores em considerar importante a consulta ao CMS. Isso pode ser interpretado como um reflexo de uma gestão mais integrada e próxima da comunidade, o que facilita a comunicação e a troca de informações com o conselho, criando uma rede de apoio que reforça a importância dessa consulta (Cechinel *et al.*, 2020). Portanto, onde a ESF está mais presente, os gestores estariam mais atentos e consideraram mais o CMS no momento da tomada de decisão. Esse fenômeno poderia ser explicado pelo fato de que no âmbito dos CS onde há um processo de interação entre atores sociais, de forma mais descentralizada, com interesses diversos, o grupo representante dos profissionais da saúde inseridos na ESF poderia ter um acesso maior a informações que facilitariam consensos e decisões com os gestores (Bortoli; Kovaleski, 2020; Carvalho; Jesus; Senra, 2017; Gomes; Orfão, 2021; Martinez; Kohler, 2016; Coelho, 2012).

Outra possível explicação para a associação entre cobertura de ESF e percepção de importância do controle social se deve ao enfoque territorial comunitário. Nele se reconhece as características demográficas, socioeconômicas, epidemiológicas e culturais inerentes à população adscrita. Esse processo se apresenta como uma ferramenta que aproxima os profissionais da saúde e a comunidade (Faria, 2020). Portanto, os usuários estabelecem um vínculo com os profissionais de saúde e vice-versa, em particular com os agentes comunitários de saúde. Assim, conseguem ter uma melhor compreensão da rotina das unidades de saúde e suas principais necessidades, o que pode estimular a organização da comunidade para o efetivo exercício do controle social (Silva; Torres; Peixoto, 2020). Com isso, o segmento dos usuários torna-se mais representativo e fortemente articulado para exercer suas funções no CMS (Oliveira, 2006), o que influenciaria positivamente os gestores a consultarem o conselho para tomada de decisão.

Por outro lado, a menor percepção de importância da consulta ao CMS nos municípios de maior porte populacional e com maior PIB per capita sugere que, em contextos urbanos mais desenvolvidos, os gestores podem perceber que possuem maior autonomia para a tomada de decisões e, portanto, sentem menos necessidade de se consultar com o CMS de forma constante. Esse achado está alinhado com a ideia de que a consulta ao CMS é mais valorizada em municípios com menores recursos ou com maior necessidade de articulação com a sociedade para a implementação de políticas públicas de saúde. Essa tendência sugere que, em localidades com mais recursos e maior capacidade institucional, os gestores podem optar por menos consultas externas, acreditando que podem gerenciar a tomada de decisão de forma independente. Isso aponta para a necessidade de fortalecer os processos de governança em municípios maiores e mais ricos, onde a integração do CMS nas decisões poderia ser mais eficaz. Nos últimos anos percebe-se um processo de redução de poder dos conselhos que culminou na desvalorização dos espaços de participação comunitária. Este processo fica nítido a partir de 2019, quando ocorre um movimento de desburocratização da tomada de decisões dos gestores, os quais deixaram de necessitar de aprovação por parte dos CMS (*Nota técnica no 599/2019-CGFAP/DESF/SAPS/MS*), bem como denúncias de ataques aos espaços de controle social no país (Castro, 2018).

Apesar da composição do CMS é paritária: 50% incluem representantes de usuários e os demais 50% se dividem entre outros segmentos, como dirigentes institucionais, prestadores de serviços e trabalhadores de saúde (Bortoli; Kovaleski, 2020) e apesar dos avanços alcançados ao longo dos anos por parte da institucionalização da participação social nos conselhos; ainda existe uma dificuldade em manter de forma efetiva a influência de seus participantes no processo decisório e de intervenção nas políticas de saúde (Rocha; Moreira; Bispo Júnior, 2019). A prática nos Conselhos tem demonstrado que, mesmo que entre a sociedade e o governo exista uma igualdade numérica, essa igualdade por si só não é suficiente para garantir o equilíbrio no processo decisório (Tatagiba, 2005). Um dos fatores que pode influenciar esse desequilíbrio é a deficiência na qualificação dos conselheiros para o exercício de suas funções, pois o segmento que representa o governo possui mais acesso às informações e maior entendimento acerca do funcionamento da máquina administrativa, o que o colocaria com vantagem em relação aos outros segmentos.(Bortoli; Kovaleski, 2020; Carvalho; Jesus; Senra, 2017; Gomes; Orfão, 2021; Martinez; Kohler, 2016; Coelho; Andrade, 2012) Dessa maneira, além de estimular as pessoas a participarem mais do processo de formulação de políticas públicas locais, deve-se assegurar a qualidade dessa participação, sobretudo em sua perspectiva pedagógica e deliberativa (Milani, 2008; Silva *et al.*, 2010).

Dentre os gestores entrevistados no estado do Rio Grande do Sul, a percepção da importância da consulta ao CMS se mostrou associada a maior cobertura municipal da ESF, enquanto não se observou associação significativa com variáveis demográficas, educacionais ou profissionais dos gestores. Dessa forma, sugere-se que a tomada de decisão na gestão da saúde pública possa ser parcialmente explicada por fatores externos (institucionais, políticos, econômicos, dentre outros) às características individuais do gestor.

A associação entre a percepção da importância da consulta ao CMS e a cobertura de ESF no respectivo município pode ser explicada por duas hipóteses principais. Na primeira delas, a existência de uma maior descentralização da atenção primária em saúde promoveria maior engajamento popular e, portanto, estimularia o exercício de maior pressão de usuários e trabalhadores junto ao gestor e ao CMS. Nesses municípios, uma ESF bem estabelecida promoveria maior acesso à informação e

maior conscientização popular acerca da importância da participação na tomada de decisão. Na segunda hipótese, nos municípios com maior cobertura do ESF haveria um segmento forte de APS representado no Conselho, e esse segmento votaria junto com o gestor, facilitando os processos de consulta.

O presente estudo traz a importância da ESF como modelo de Atenção Primária à Saúde integral, territorial e comunitária para garantia do direito de participação comunitária no SUS. Essa pesquisa possui caráter inédito visto que não se tem conhecimento de estudos semelhantes acerca dos fatores que levam os gestores municipais de saúde a valorizarem a consulta ao CMS para tomada de decisão. Novos estudos relacionados a esse tema são necessários para compreender como a maior cobertura de APS pode influenciar o processo de consulta ao controle social e explorar outros fatores contextuais e individuais.

CONCLUSÃO

O presente estudo reforça a importância da Estratégia Saúde da Família como pilar estruturante da Atenção Primária à Saúde e como expressão de uma gestão mais integrada à comunidade. Identificou-se que a cobertura ampliada da ESF esteve significativamente associada à maior valorização da participação social por parte dos gestores municipais, refletida na percepção da utilidade da consulta ao Conselho Municipal de Saúde no processo decisório. Poucas variáveis foram associadas a consulta ao controle social e isso aponta para a necessidade de identificar outros potenciais fatores.

Esses achados evidenciam a complexidade dos determinantes que influenciam a participação social na gestão pública em saúde e reforçam a necessidade de abordagens que considerem tanto os aspectos contextuais quanto as características individuais dos gestores. Estudos futuros, especialmente com metodologias qualitativas, são recomendados para aprofundar a compreensão desses vínculos e apoiar o fortalecimento de modelos de gestão mais democráticos e participativos no SUS.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, V. R. et al. Quais aspectos influenciam a priorização da atenção primária à saúde pelos gestores municipais do Rio Grande do Sul - Brasil? *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 28, n. 1, p. 197-208, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232023281.00182022>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/JZScJ9LJChNgz3yC9zv4ryK/>. Acesso em: 23 jan. 2023.

BECKER, L. A.; RECH, C. R.; REIS, R. S. Acesso à informação para tomada de decisão com base em evidências segundo a percepção de Secretários Municipais de Saúde do Estado do Paraná, no ano de 2014. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 34, n. 7, p. e00003918, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00003918>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/RhGYfv7t9QRQzHJc9dYR3Yj/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 18 maio 2025.

BIEGER, T. B. et al. Práticas de controle social como mecanismos de influência na tomada de decisões governamentais em Santa Rosa/RS. *Revista ESPACIOS*, Caracas, v. 38, n. 13, p. 3-13, 2017. Disponível em: <https://www.revistaespacios.com/a17v38n13/a17v38n13p03.pdf>. Acesso em: 26 jul. 2024.

BORTOLI, F. R.; KOVALESKI, D. F. Efetividade da participação de um conselho municipal de saúde na região Sul do Brasil. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 43, n. 123, p. 1168-1180, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912315>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/YZT5Rbyvt8dGN8D7mdn7vRn/>. Acesso em: 29 jan. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Para entender o controle social na saúde. Brasília, DF: Conselho Nacional de Saúde, 2014. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/bvsmis/resource/pt/mis-39225>. Acesso em: 26 jan. 2023.

CARVALHO, A. L. B. de; JESUS, W. L. A. de; SENRA, I. M. V. B. Regionalização no SUS: processo de implementação, desafios e perspectivas na visão crítica de gestores do sistema. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1155-1164, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017224.30252016>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/X5tq3bQgN8XkGkths95ctkz/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 27 jul. 2024.

CASTRO, D. Conselheiro denuncia ataques às políticas públicas e ao controle social no Brasil. *Revista Nacional de Saúde*, [s. l.], p. 36-37, 2018. Disponível em: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2021/08/1283327/revista_mac-abr_2018_34-35.pdf. Acesso em: 28 jul. 2024.

CECHINEL, N. F. R. et al. Participação social em saúde: limites e potencialidade de conselhos locais de saúde de uma metrópole brasileira. *Revista Baiana de Saúde*

Pública, Salvador, v. 44, n. 3, p. 56-71, 2020. Disponível em:
<https://rbsp.sesab.ba.gov.br/index.php/rbsp/article/view/2947>. Acesso em: 26 jul. 2024.

CELESTE, R. K.; BASTOS, J. L. Mid-point for open-ended income category and the effect of equivalence scales on the income-health relationship. *Revista de Saude Pública*, São Paulo, v. 47, p. 168-171, 2013. Supl. 3. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2013047004388>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/SFCpXVvpPVWZcMSKtwdkM9s/?lang=en>. Acesso em: 31 ago. 2014.

COELHO, J. S. Construindo a participação social no SUS: um constante repensar em busca de equidade e transformação. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 21, p. 138-151, 2012. Supl. 1. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902012000500012>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/4Wt8xWdgTMWXNkyqBmkpR7G/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 27 jul. 2024.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. Painel de Apoio à Gestão. Painel de Apoio - Gestão dos Recursos da Média e Alta Complexidade (MAC). Brasília, DF: CNSS, 2024.

CORREIA, M. V. C. Controle social na saúde. In: MOTA, A. Elizabete. (org.). *Serviço social e saúde: formação e trabalho profissional*. Rio de Janeiro: Cortez, 2006. p. 111-135.

COSTA, T. D. et al. Percepção dos gestores acerca das competências para gestão em saúde. *Revista Gestão & Saúde*, Brasília, DF, v. 14, n. 3, p. 291-304, 2023. DOI: <https://doi.org/10.26512/rgs.v14i3.46377>. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/rgs/article/view/46377>. Acesso em: 31 ago. 2014.

EAGLY, A. H.; JOHNSON, B. T. Gender and leadership style: a meta-analysis. *Psychological Bulletin*, Washington, v. 108, n. 2, p. 233-256, 1990. DOI: <https://doi.org/10.1037/0033-2909.108.2.233>. Disponível em: <https://psycnet.apa.org/record/1991-01136-001>. Acesso em: 31 ago. 2024.

SCOREL, S.; MOREIRA, M. R. Participação social. In: GIOVANELLA, L. et al. (org.). *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. 2.ed.ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2012. p. 853-883.

FARIA, R. M. de. A territorialização da atenção básica à saúde do Sistema Único de Saúde do Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 11, p. 4521-4530, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812320202511.30662018>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/jSZ7b65YpPSTwLfYWpRhg5z/>. Acesso em: 26 jan. 2023.

GIOVANELLA, L. et al. De Alma-Ata a Astana. Atenção primária à saúde e sistemas universais de saúde: compromisso indissociável e direito humano fundamental. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 35, n. 3, 2019. DOI:

<https://doi.org/10.1590/0103-11042018S130>. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/sdeb/a/c4Fq57bsv89SfNbHQ4ZKVkF/>. Acesso em: 27 jul.
2024.

GOMES, J. F. de F.; ORFÃO, N. H. Desafios para a efetiva participação popular e controle social na gestão do SUS: revisão integrativa. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 45, n. 131, p. 1199-1213, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202113118>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/mnGCSGkFNYjRshXhxGMk95m/>. Acesso em: 27 jul. 2024.

KALBARCZYK, A. et al. A scoping review on the impact of women's global leadership: evidence to inform health leadership. *BMJ Global Health*, London, v. 10, n. 2, p. e015982, 2025. DOI: 10.1136/bmjgh-2024-015982. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39904721/>. Acesso em: 28 jul. 2024.

KLEBA, M. E.; ZAMPIROM, K.; COMERLATTO, D. Processo decisório e impacto na gestão de políticas públicas: desafios de um Conselho Municipal de Saúde. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 24, n. 2, p. 556-567, 2015. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902015000200013>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/zwdXck6JYh8mHsWYcfqMj4k/>. Acesso em: 26 jan. 2023.

LABRA, M. E.; FIGUEIREDO, J. St. A. de. Associativismo, participação e cultura cívica: o potencial dos conselhos de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, p. 537-547, 2002. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232002000300011>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/TpYT39g4KQLXQqBK4J6YHzN/>. Acesso em: 28 jul. 2024.

LEMOS, R. A. Conferências Nacionais de Saúde e a construção do Sistema Único de Saúde - SUS: uma revisão. *Revista de APS*, Juiz de Fora, v. 21, n. 4, p. 635-645, 2018. DOI: <https://doi.org/10.34019/1809-8363.2018.v21.15635>. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/15635>. Acesso em: 28 jul. 2024.

MALAMAN, L. B. et al. Gestão em saúde e as implicações do secretário municipal de saúde no SUS: uma abordagem a partir da análise institucional. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 31, n. 4, p. 1-17, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312021310408>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/vCg89G4pf76XzS3GxV7Jqtk/>. Acesso em: 26 jan. 2023.

MARTINEZ, M. G.; KOHLER, J. C. Civil society participation in the health system: the case of Brazil's Health Councils. *Globalization and Health*, London, v. 12, n. 1, p. 1-12, 2016. DOI: 10.1186/s12992-016-0197-1. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27782831/>. Acesso em: 27 jul. 2024.

MILANI, C. R. S. O princípio da participação social na gestão de políticas públicas locais: uma análise de experiências latino-americanas e européias. *Revista de*

Administração Pública, Rio de Janeiro, v. 42, n. 3, p. 551-579, 2008. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=241016451006>. Acesso em: 26 jan. 2023.

MOREIRA, M. R. et al. A democratização nos Conselhos de Saúde. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 30, n. 73/74, p. 205-218, 2006. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/4063/406345309007.pdf>. Acesso em: 28 jul. 2024.

MOREIRA, M. R.; ESCOREL, S. Conselhos Municipais de Saúde do Brasil: um debate sobre a democratização da política de saúde nos vinte anos do SUS. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 795-806, 2009. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232009000300015>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/pgVkJGZVkhNkVssbbRtZbwVC/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 28 jul. 2024.

OLIVEIRA, V. de C. Desafios e contradições comunicacionais nos conselhos de saúde. In: SANTOS, A. (org.). Caderno Mídia e Saúde Pública. Belo Horizonte: Escola de Saúde Pública/FUNED, 2006. p. 83-100. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/5377129/mod_resource/content/1/CADERNO%20M%C3%8DDIA%20E%20SA%C3%9ADE%20P%C3%9ABLICA.pdf. Acesso em: 28 jul. 2024.

OLIVEIRA, V. C. da S. e; PEREIRA, J. R.; OLIVEIRA, V. A. R. de. Os conselhos gestores municipais como instrumentos da democracia deliberativa no Brasil. Cadernos EBAPE.BR, Rio de Janeiro, v. 8, n. 3, p. 422-437, 2010. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1679-39512010000300004>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cebape/a/vLVsXB6RxYmnyhrvnyn7FDp/>. Acesso em: 27 jul. 2024.

PEREIRA, A. L. P. et al. A integração ensino-serviço-gestão-comunidade na percepção de preceptores de graduandos na atenção primária à saúde. Physis: Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 32, n. 3, p. e320305, 2022. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312022000300603. Acesso em: 27 jul. 2024.

ROCHA, M. B.; MOREIRA, D. C.; BISPO JÚNIOR, J. P. Conselho de saúde e efetividade participativa: estudo sobre avaliação de desempenho. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 36, n. 1, p. e00241718, 2020. DOI: 10.1590/0102-311x00241718. Disponível em: <https://cadernos.ensp.fiocruz.br/ojs/index.php/csp/article/view/7215>. Acesso em: 26 jan. 2023.

RODRIGUES, P. M.; KOSTULSKI, C. A.; ARPINI, D. M. A construção de novas práticas na psicologia na atenção básica: a experiência de residentes psicólogos. Physis: Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 31, n. 2, p. e310215, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312021310215>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/kkyHBFMPdPsrrPq5MpyJCh/>. Acesso em: 28 jul. 2024.

SILVA, R. C. C. da; NOVAIS, M. A. P. de; ZUCCHI, P. Participação social: um olhar sobre a representatividade nos conselhos de saúde no Brasil, a partir da Resolução 453/2012. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 31, n. 2, p. e310210, 2021. Disponível em: Acesso em: 27 jul. 2024.

SILVA, S. L. A. da; TORRES, J. L.; PEIXOTO, S. V. Fatores associados à busca por serviços preventivos de saúde entre adultos brasileiros: Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 3, p. 783-792, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020253.15462018>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/WWMLLVg3TWgxNn8RY6yBdKg/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 26 jan. 2023.

TATAGIBA, L. Conselhos gestores de políticas públicas e democracia participativa: aprofundando o debate. *Revista de Sociologia e Política*, Curitiba, v. 25, n. 25, p. 209-213, 2005. <https://doi.org/10.1590/S0104-44782005000200017>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsocp/a/5mjfRh63Fqt5DS8QXwSxRNx/>. Acesso em: 27 jul. 2024.

Agradecimentos: Roger Keller Celeste possui bolsa de produtividade PQ1-D (CNPQ 308901/2022-3). Luiza Chagas Pires foi bolsista de mestrado da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).

Editor responsável: Daniel Demétrio Faustino da Silva
Recebido em 20 de janeiro de 2025.
Aceito em 05 de julho de 2025.
Publicado em 31 de julho de 2025.

Como referenciar este artigo (ABNT):

PIRES, Luiza Chagas; *et. al.*. Percepção de Secretários Municipais de Saúde sobre a importância do Conselho Municipal de Saúde: um estudo transversal. *Cadernos de Ensino e Pesquisa em Saúde*, Porto Alegre, v. 5, e464, jan./dez. 2025.

Higienização das mãos: conhecimentos de estudantes de enfermagem de uma universidade privada na Bahia

Hand hygiene: knowledge of nursing students from a private university in Bahia

Higiene de manos: conocimientos de estudiantes de enfermería de una universidad privada en Bahía

Tássia Teles Santana de Macêdo¹
Milene dos Santos Santana²
Fernanda Silva Queiroz³
Jaqueline de Oliveira Brazil⁴
Mariana de Almeida Moraes⁵
Eliana Auxiliadora Magalhães Costa⁶

(¹) Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal da Bahia. Professora Adjunta da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública. Enfermeira Clínica na unidade de Neurologia do Hôpital Enfants-Jesus-CHU de Québec. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2423-9844>. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/2824381077838427>. E-mail: tassiamacedo@bahiana.edu.br

(²) Enfermeira pela Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública. ORCID: <https://orcid.org/0009-0007-0362-2189>. Lattes: <https://lattes.cnpq.br/7393325930618191>. Email: milenesantana20.2@bahiana.edu.br

(³) Graduanda em Enfermagem na Universidade Federal da Bahia. ORCID: <https://orcid.org/0009-0000-0945-4824>. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/0366963493846964>. Email: queiroz.fernanda@ufba.br

(⁴) Enfermeira pela Universidade do Estado da Bahia. Enfermeira na Santa Casa da Bahia. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9287-8504>. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/3948664362779367>. Email: jaquelinebrazil.enfa@gmail.com

(⁵) Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal da Bahia. Professora Adjunta da Universidade Federal da Bahia. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0581-974X>. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/6000069202010073>. Email: marianadeamoraes@ufba.br

(⁶) Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade Federal da Bahia. Professora titular da Universidade do Estado da Bahia. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2389-0734>. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/8392100254660761>. Email: ecosta@uneb.br

RESUMO

Objetivo: verificar o conhecimento sobre a Higiene das Mãos (HM) pelos(as) estudantes de enfermagem de uma universidade privada na Bahia. **Métodos:** estudo transversal, com abordagem quantitativa, realizado numa instituição de ensino superior, localizada em Salvador-Bahia, Brasil. Aplicado questionários semiestruturados para caracterização sociodemográfica e outro com seis questões sobre o conhecimento da técnica de higienização das mãos. Foi utilizado o teste não paramétrico de mediana para amostras independentes. O nível de significância adotado foi de 5% e o intervalo de confiança de 95%.

Resultados: maior participação dos estudantes do sexo feminino (90,7%), matriculados no 1º ao 3º semestre (50,9%), sem experiência prática em serviços de saúde (66,7%). A questão referente “aos 5 momentos para HM preconizada” obteve o maior percentual de acertos (54,6%). Destaca-se que o 6º semestre foi o único grupo que conseguiu acertar o máximo de cinco questões do questionário. Encontrou-se significância estatisticamente significativa na comparação entre as medianas do número de questões corretas entre os semestres (Mediana = 2,0, graus de liberdade = 8 e $p = 0,032$). **Conclusão:** observou-se maior conhecimento sobre os cinco momentos da HM, mas identificaram-se lacunas no entendimento acerca do tempo recomendado para a prática e da atividade microbiana da solução antisséptica à base alcoólica.

Palavras-chave: desinfecção das mãos; estudantes de enfermagem; conhecimento.

ABSTRACT

Objective: To assess the knowledge regarding Hand Hygiene (HH) among nursing students at a private university in Bahia. **Methods:** A cross-sectional study with a quantitative approach was conducted at a higher education institution located in Salvador, Bahia, Brazil. Semi-structured questionnaires were applied, one for sociodemographic characterization and another with six questions regarding knowledge of the hand hygiene technique. The non-parametric median test for independent samples was used. A significance level of 5% and a 95% confidence interval were adopted. **Results:** There was a higher participation of female students (90.7%), enrolled in the 1st to 3rd semesters (50.9%), and without practical experience in health services (66.7%). The question regarding “the 5 moments for HH as recommended” obtained the highest percentage of correct answers (54.6%). It is noteworthy that the 6th semester was the only group that managed to answer a maximum of five questions correctly on the questionnaire. A statistically significant difference was found when comparing the medians of the number of correct answers between semesters (Median = 2.0, degrees of freedom = 8, and $p = 0.032$). **Conclusion:** Greater knowledge was observed regarding the five moments of HH; however, gaps were identified in understanding the recommended duration of the practice and the antimicrobial activity of alcohol-based antiseptic solutions.

Keywords: hand disinfection; nursing students; knowledge.

RESUMEN

Objetivo: Verificar el conocimiento sobre la Higiene de Manos (HM) entre los estudiantes de enfermería de una universidad privada en Bahía. **Métodos:** Estudio transversal con enfoque cuantitativo, realizado en una institución de educación superior ubicada en Salvador, Bahía, Brasil. Se aplicaron cuestionarios semiestructurados para la caracterización sociodemográfica y otro con seis preguntas sobre el conocimiento de la técnica de higiene de manos. Se utilizó la prueba no paramétrica de la mediana para muestras independientes. Se adoptó un nivel de significancia del 5% y un intervalo de confianza del 95%. **Resultados:** Se observó una mayor participación de estudiantes del sexo femenino (90,7%), matriculados entre el 1º y el 3º semestre (50,9%), y sin experiencia práctica en servicios de salud (66,7%). La pregunta referente a “los 5 momentos para la HM recomendados” obtuvo el mayor porcentaje de aciertos (54,6%). Se destaca que el 6º semestre fue el único grupo que logró acertar hasta cinco preguntas del cuestionario. Se encontró una diferencia estadísticamente significativa en la comparación entre las medianas del número de respuestas correctas entre los semestres (Mediana = 2,0, grados de libertad = 8 y $p = 0,032$). **Conclusión:** Se observó un mayor conocimiento sobre los cinco momentos de la HM, pero se identificaron lagunas en la comprensión del tiempo recomendado para la práctica y de la actividad microbiana de la solución antiséptica a base de alcohol.

Palabras clave: desinfección de manos; estudiantes de enfermería; conocimiento.

INTRODUÇÃO

A pele é considerada o órgão de maior extensão do corpo humano, sendo a mão um veículo de transmissão de patógenos. A despeito disso, a epiderme, derme e hipoderme são camadas do tecido epitelial que possuem diversas funções, dentre elas, a termorregulação e a barreira física de proteção contra microrganismos (Brasil, 2009). Na camada mais superficial da pele encontramos a microbiota classificada como transitória ou residente (Yang *et al.*, 2022). A transitória consiste em microrganismos não patogênicos ou potencialmente patogênicos. Já a microbiota residente adere às camadas mais profundas do tecido, sendo considerada a mais resistente quanto à remoção com água e sabão (Brasil, 2009).

Logo, a mão é considerada o principal meio de transmissão de infecções e doenças pelo contato direto (Brasil, 2009), ou seja, quando há o toque direto com a superfície corporal de uma pessoa infectada, ou através do contato indireto nas superfícies ou objetos contaminados (Brasil, 2009; Syed; Al-Rawi, 2024). Diversos microrganismos são transmitidos durante a assistência à saúde e a higienização das mãos (HM) é considerada um procedimento eficaz na prevenção e controle de infecções (Neto *et al.*, 2022). Porém, a falta de conhecimento e da prática da realização de HM implica no aumento do risco de morte, de complicações relacionadas ao tempo de internação, o que causa um impacto não só na saúde do indivíduo, como também no custo dos sistemas de saúde e aumento de gastos farmacêuticos (Contreiro *et al.*, 2021; Cordeiro *et al.*, 2021).

As infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS) são infecções adquiridas em procedimentos assistenciais ou de cuidado em saúde (Chen; Tseng, 2021; Le *et al.*, 2019). Diversos são os estudos científicos, campanhas e programas desenvolvidos mundialmente a fim de prevenir e reduzir a incidência de IRAS (Brasil, 2009; Souza *et al.*, 2019). A exemplo da *World Alliance for Patient Safety* (Aliança Mundial para a Segurança do Paciente), criada em 2004 pela Organização Mundial da Saúde (OMS) com o objetivo de dedicar atenção ao problema da segurança do paciente (World Health Organization, 2011). Desta forma, definiu-se os seis protocolos básicos de segurança, dentre eles a HM, com a meta de reduzir a propagação da infecção e organismos multirresistentes a nível global (Chen; Tseng, 2021; Oliveira *et al.*, 2021).

A sepse, forma mais grave de IRAS, se caracteriza pela disfunção de um ou mais órgãos decorrentes da presença de uma infecção, que pode ocasionar risco de morte (Fuchs, 2021). A sepse é também considerada uma das principais causas de morte hospitalar tardia, tendo uma média mundial de 11 milhões de notificações por ano (Fuchs, 2021). No Brasil foram registrados, entre 2018 e 2023, um número de 376.602 óbitos devido à sepse, sendo a maior frequência apontada no fim do período pandêmico com 76.738 óbitos, em 2023 (Brasil, 2024a).

O conhecimento e a prática correta de HM pelos profissionais podem reduzir mais de 70% de algumas infecções como, por exemplo, infecções primárias da corrente sanguínea (Alvim *et al.*, 2023; Coneglian *et al.*, 2020; Soares *et al.*, 2019). Com base nesse contexto, é importante evidenciar a necessidade de realização dos 5 momentos

essenciais de HM, a saber: (1) antes de contato com o paciente; (2) antes da realização de procedimento limpo/asséptico; (3) após risco de exposição a fluidos corporais; (4) após contato com o paciente; e (5) após contato com as áreas próximas ao paciente (Brasil, 2009; World Health Organization, 2011).

A técnica de HM adotada como medida assistencial de segurança do paciente é considerada a prática mais eficaz na redução de IRAS, pois evita a propagação de microrganismos e reduz os riscos de danos à saúde (Browne; Mitchell, 2023; Korb *et al.*, 2019). Apesar dos avanços em estudos sobre a boa prática de HM evidencia-se ainda que os profissionais da área de saúde não realizam de forma efetiva a HM (Cordeiro *et al.*, 2021; Oliveira *et al.*, 2021; Soares *et al.*, 2019). Diversos são os fatores que influenciam na prática da HM entre os profissionais de saúde, dentre eles, a falta de capacitação regular, sobrecarga de trabalho, irritação de pele, substituição de HM por luvas, falta de infraestrutura, falta de insumos e monitoramento (Browne; Mitchell, 2023; Le *et al.*, 2019; Soares *et al.*, 2019). Diante disso faz necessária aprendizagem sobre HM tanto pelos profissionais da enfermagem, quanto pelos estudantes em formação (Alvim *et al.*, 2023; Chen; Tseng, 2021).

Com relação aos profissionais de saúde, estudos mostram que, em diferentes unidades assistências, existe a necessidade de se manter a HM eficiente para evitar a transmissão de infecção (Alvim *et al.*, 2023; Korb *et al.*, 2019). Como revelou Korb *et al.* (2019) em seu estudo com profissionais de enfermagem, numa Unidades de Terapia Intensiva neonatal, os quais 60,8% destes profissionais apresentaram contaminação por microrganismos transitórios, com maior prevalência entre os técnicos de enfermagem (Korb *et al.*, 2019). Em outra pesquisa realizada com estudantes de graduação mostrou que os universitários de enfermagem têm o conhecimento sobre a importância da higiene das mãos, tanto antes quanto após o contato com os pacientes, realçando a necessidade de educação continuada após a formação e conscientização destes estudantes quando se tornam profissionais da saúde (Feldhaus *et al.*, 2018).

Diante do exposto sobre a temática, fica evidente que é essencial que os estudantes de enfermagem e profissionais da área de saúde tenham um conhecimento prévio sobre a HM. Ao mesmo tempo, nota-se a necessidade de uma educação continuada sobre essa temática durante a formação acadêmica. Desta forma, este estudo tem como questões norteadoras: Estudantes de enfermagem possuem o conhecimento

sobre a HM? Existe diferença deste conhecimento de HM entre estudantes de enfermagem nos diferentes semestres na formação acadêmica/profissional? Esse estudo tem como objetivo verificar o conhecimento sobre a HM pelos(as) estudantes de enfermagem de uma universidade privada na Bahia

METODOLOGIA

Tipo de estudo

Este estudo é um recorte de uma pesquisa multicêntrica internacional, com a participação de instituições do Brasil e de Portugal. Trata-se de uma pesquisa de abordagem quantitativa, descritiva e exploratória, que foi realizada numa instituição de ensino superior privada de grande porte, localizada na cidade de Salvador, na capital da Bahia, no Brasil.

População e amostra

Participaram deste estudo estudantes devidamente matriculados no curso de graduação em enfermagem. A amostra foi por conveniência, e teve como critérios de inclusão: estudantes maiores de 18 anos, de ambos os sexos, que estão regularmente matriculados e cursando graduação em enfermagem. E como critérios de exclusão: estudantes afastados das atividades curriculares, com licença saúde ou ausentes no período da coleta, discentes com limitações físicas que impeçam a realização da técnica de HM. Assim, do total de 216 estudantes elegíveis, 183 aceitaram participar deste estudo, o que representou 84,7% da população.

Operacionalização da coleta de dados

As pesquisadoras convidaram os estudantes para participar da pesquisa através de um convite on-line enviado via rede social. Logo após, visitas às salas de aula foram efetuadas para exposição dos objetivos do estudo, o Termo de consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), e as etapas da pesquisa. Posteriormente, foi agendado um momento (dia e horário) para a realização da coleta de dados, de acordo com a disponibilidade de cada estudante participante.

Instrumentos de coleta de dados

A coleta de dados foi realizada durante o período de fevereiro a abril de 2023. Os participantes responderam ao questionário semiestruturado para avaliação do conhecimento. Os instrumentos da coleta foram elaborados pelas pesquisadoras e baseados no Manual de Segurança do paciente em serviços de saúde: higienização das mãos, do Ministério da Saúde-Brasil (Brasil, 2009), e Diretrizes sobre Higiene das Mãos na Assistência à Saúde, da Organização Mundial da Saúde (World Health Organization, 2009).

Instrumento: Questionário semiestruturado e do conhecimento

O questionário semiestruturado de autopreenchimento, constituído de duas questões sociodemográficas e três acadêmicas, e na seção do conhecimento com seis questões que engloba sobre as infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS), a técnica de higienização das mãos, e os cinco momentos recomendados pela OMS para a HM.

Posteriormente, elaborou-se um escore de conhecimento, atribuindo-se um ponto para cada questão com resposta correta, de modo que a pontuação total variou de zero (ausência total de acertos) a seis (resposta correta em todas as afirmativas). Na análise dos escores, as respostas “não sei responder” foram tratadas como erro, ou seja, receberam pontuação zero.

A coleta de dados foi efetuada pelas pesquisadoras, as quais foram treinadas para essa função por meio de encontros teóricos com leitura dirigida e treinamento prático para a aplicação do questionário, assegurando a padronização na condução da pesquisa.

Variáveis do estudo

Demográficas: sexo, idade; Acadêmicas: semestre e participação em disciplinas do curso com prática em serviços de saúde; Conhecimento: número de questões corretas do questionário semiestruturado de conhecimento, que variavam de zero a seis.

Análise de Dados

Foi analisada a proporção de estudantes que souberam responder corretamente as questões. As variáveis categóricas foram apresentadas a partir de frequências absolutas e relativas e as variáveis discretas foram expressas com medianas e intervalo

interquartil. A normalidade dos dados foi avaliada por meio dos testes Shapiro-Wilk. Foi utilizado o teste não paramétrico de mediana para amostras independentes para verificar o conhecimento dos estudantes sobre HM através do número de acertos das questões comparado entre os diferentes semestres em curso. O nível de significância adotado foi de 5% e o intervalo de confiança de 95%. A inserção e análise estatística dos dados foi realizada no programa de software SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) versão 22.0.

Aspectos éticos

Neste estudo todas as questões éticas foram respeitadas e ele foi desenvolvido em consonância com os princípios das Resoluções nº466/2012, nº510/2016 e nº 674/2022 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, que trata de aspectos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, registrado na plataforma Brasil sob o nº de parecer 5.834.515.

RESULTADOS

Participaram desse estudo 183 estudantes de enfermagem, sendo a maioria do sexo feminino (90,7%) e na faixa etária de 18 a 24 anos (84,2%), sendo a idade média de 22,1 (DP±5,34). Quanto ao semestre em curso, o maior percentual de participação foi do 1º (21,3%), seguido do 3º semestre (21,9%). Quando questionado sobre a experiência prática em serviços de saúde, que também se aplica à participação em componente com prática em serviços de saúde, 66,7% responderam que não possuíam essa experiência, conforme evidenciado na Tabela 1.

Tabela 1 – Características sociodemográficas dos participantes (n=183)

Variáveis	n	%
Sexo		
Feminino	166	90,7
Masculino	17	9,3
Faixa etária		
18 a 24 anos	154	84,2
≥ 25 anos	29	15,8
Semestre em curso		
1º semestre	39	21,3
2º semestre	14	7,7
3º semestre	40	21,9
4º semestre	30	16,4
5º semestre	15	8,2

6º semestre	17	9,3
7º semestre	12	6,6
8º semestre	8	4,4
9º semestre	8	4,4
Experiência prática em serviços de saúde*		
Sim	61	33,3
Não	122	66,7

Fonte: Própria do autor (2023)

*Participação em componente com prática em serviços de saúde

Na Tabela 2 é exposto o conhecimento acerca da prática de higienização das mãos. As questões que obtiveram os maiores percentuais de acertos foram as que abordaram sobre os “5 momentos da higiene das mãos recomendados pela OMS” (54,6%), e “Indicação da fricção com solução antisséptica de base alcoólica na higiene das mãos” (44,3%). A questão com menor frequência de acertos foi sobre a “Atividade microbiana da solução antisséptica de base alcoólica” (13,1%).

Tabela 2 – Conhecimento acerca da prática de higienização das mãos (n = 183)

Perguntas do questionário de conhecimento	n	%
Conceito de HM		
Correto	73	39,9
Incorreto	110	60,1
Relação entre técnica de higiene das mãos e o tempo recomendado para a sua realização		
Correto	28	15,3
Incorreto	155	84,7
Atividade microbiana da solução antisséptica de base alcoólica		
Correto	24	13,1
Incorreto	159	86,9
Indicação da fricção com solução antisséptica de base alcoólica na higiene das mãos		
Correto	81	44,3
Incorreto	102	55,7
Sobre a eficácia da higiene das mãos com fricção alcoólica		
Correto	52	28,4
Incorreto	131	71,6
5 momentos da higiene das mãos recomendados pela OMS		
Correto	100	54,6
Incorreto	83	45,4

Fonte: Própria do autor (2023)

Ao analisar a quantidade de questões respondidas corretamente por semestres, evidencia-se neste estudo que a média de questões corretas foi de 1,96 (DP $\pm 1,16$) e do total da amostra 55(30,1%) dos estudantes de enfermagem acertaram apenas uma

questão, sendo que 17(9,3%) estudantes não acertaram nenhuma das seis questões do questionário do conhecimento, como mostra a tabela 3.

Tabela 3 – Número de questões respondidas corretamente por semestre (N = 183)

Semestre em curso	Número de Questões corretas						Total
	0 n (%)	1 n (%)	2 n (%)	3 n (%)	4 n (%)	5 n (%)	
1º semestre	5 (2,7)	13 (7,1)	11 (6,0)	7 (3,8)	3 (1,6)	0	39 (21,3)
2º semestre	2 (1,1)	6 (3,3)	2 (1,1)	2 (1,1)	2 (1,1)	0	14 (7,7)
3º semestre	4 (2,2)	15 (8,2)	13 (7,1)	8 (4,4)	0	0	40 (21,9)
4º semestre	3 (1,6)	12 (6,6)	6 (3,3)	6 (3,3)	3 (1,6)	0	30 (16,4)
5º semestre	1 (0,5)	1 (0,5)	3 (1,6)	6 (3,3)	4 (2,2)	0	15 (8,2)
6º semestre	0	4 (2,2)	4 (2,2)	6 (3,3)	2 (1,1)	1 (0,5)	17 (9,3)
7º semestre	1 (0,5)	2 (1,1)	3 (1,6)	5 (2,7)	1 (0,5)	0	12 (6,6)
8º semestre	1 (0,5)	1 (0,5)	3 (1,6)	2 (1,1)	1 (0,5)	0	8 (4,4)
9º semestre	0	1 (0,5)	5 (2,7)	0	2 (1,1)	0	8 (4,4)
Total	17 (9,3)	55 (30,1)	50 (27,3)	42 (23,0)	18 (9,8)	1 (0,5)	183 (100,0)

Fonte: Própria do autor (2023)

Com relação ao semestre em curso, um único estudante matriculado no 6º semestre conseguiu acertar cinco questões das seis questões do questionário do conhecimento, correspondendo a 1(0,5%) estudante dos 183 participantes neste estudo. Além disso, nota-se que nenhum dos estudantes participantes deste estudo conseguiu acertar todas as questões do questionário de conhecimento sobre HM. Com relação a mediana de acertos das questões de conhecimento, observou-se que 61(33,3%) dos estudantes ficaram acima da mediana no número de questões corretas do conhecimento de HM, com destaque para os estudantes do 5º e do 6º semestres com mais da metade dos participantes.

Para analisar o conhecimento sobre higiene das mãos foram comparadas as medianas do número de acertos nas questões entre os diferentes semestres do curso, sendo identificada significância estatística (mediana geral = 2,0; graus de liberdade = 8; $p = 0,032$). Os graus de liberdade ($gl = 8$) correspondem ao número de grupos comparados (nove semestres) menos um ($gl = k - 1$), conforme a formulação padrão do teste. Esse valor reflete a quantidade de variabilidade independente disponível para estimar a significância das diferenças observadas entre os grupos.

Tabela 4 – Mediana do número de acertos das questões sobre conhecimento de HM por semestre (n = 183)

Semestre em curso	Número de Questões corretas			
	Mediana	Intervalo interquartil Q1 – Q3	Valor mínimo	Valor máximo
1º semestre	2,0 ^{a, b}	2,0	0	4,0
2º semestre	1,0 ^c	2,0	0	4,0
3º semestre	2,0 ^{d, f, g}	1,0	0	3,0
4º semestre	1,5 ^e	2,0	0	4,0
5º semestre	3,0 ^{a, c, d, e}	2,0	0	4,0
6º semestre	3,0 ^{b, f}	1,5	1,0	5,0
7º semestre	2,5 ^g	1,75	0	4,0
8º semestre	2,0	1,75	0	4,0
9º semestre	2,0	1,5	1,0	4,0

Fonte: Própria do autor (2023)

Q1: 25º percentil; Q3: 75º percentil. Aplicado o teste de mediana

Letras iguais = diferença estatisticamente significante ($p < 0,05$)

A análise pós-hoc com ajuste de significância revelou diferença estatisticamente significativa entre os grupos do 3º e 5º semestres, com mediana inferior no 3º semestre em relação ao 5º ($p = 0,037$). As letras atribuídas aos valores medianos na Tabela 4 indicam os grupos entre os quais houve diferenças significativas ($p < 0,05$), ou seja, semestres que compartilham letras iguais diferem entre si. Esses achados sugerem que estudantes matriculados e cursando os 5º e 6º semestres demonstram maior conhecimento sobre HM, o que pode estar relacionado a consolidação do conteúdo teórico e prático ao longo da formação acadêmica.

DISCUSSÃO

A partir dos resultados apresentados nesta pesquisa observa-se que houve uma predominância de acadêmicos de enfermagem do sexo feminino e do grupo etário de adultos jovens (18-24 anos), perfil este que corrobora com outros estudos realizados com universitários de enfermagem (Bounou *et al.*, 2021; Coneglian *et al.*, 2020; Ribeiro *et al.*, 2019; Souza *et al.*, 2019).

Durante a formação universitária em enfermagem, os estudantes desenvolvem competências técnico-científicas essenciais para sua futura prática profissional (Maraş, Kocaçal; Bahar, 2023; Ribeiro *et al.*, 2019). A participação em atividades práticas ao longo dos semestres permite uma maior apropriação de conhecimentos, contribuindo

para a construção do currículo profissional (Schroers; O'rourke, 2023). Neste estudo os estudantes participantes desta pesquisa estavam em sua maioria matriculados entre o 1º e 3º semestres, e afirmaram não possuir experiência no campo, sendo um perfil comum entre os estudantes neste início do período universitário (Maraş; Kocaçal; Bahar, 2023; Ribeiro *et al.*, 2019).

A trajetória dos cursos de Enfermagem no Brasil evidencia uma concentração de matrículas nos primeiros semestres, seguida por uma redução progressiva ao longo do curso (Bourget *et al.*, 2021). Essa tendência pode ser atribuída a diversos fatores e dentre eles destaca-se as altas taxas de evasão. Segundo dados do Mapa do Ensino Superior, entre 2019 e 2023, a taxa de desistência foi 54,2% nos cursos presenciais e a 63,7% nos cursos à distância, indicando que mais da metade dos estudantes desistem dos cursos presenciais antes da conclusão (Instituto SEMESP, 2025). Esse cenário evidencia a necessidade de políticas públicas eficazes de permanência e a baixa atratividade dos cursos.

No curso de graduação em enfermagem diversos são os conteúdos considerados essenciais relacionados com o processo saúde/doença, dentre estes destaca-se a HM (Farias; Gonçalves; Jesus, 2019). Segundo a OMS, a HM reduz ou inibe o crescimento de microorganismos a qual envolve a fricção das mãos com preparação alcoólica ou água e sabão (Brasil, 2009). Sendo assim, é imprescindível que os estudantes de enfermagem adquiram conhecimento durante sua formação, destacando sua relevância na prática clínica (Reis; Silva; Corrêa, 2022; Souza *et al.*, 2019).

Segundo o protocolo internacional de segurança do paciente, os cinco momentos para a HM são considerados práticas fundamentais na assistência à saúde (Brasil, 2009; Cambil-Martin *et al.*, 2020). Esses momentos abrangem a HM antes do contato com o paciente, antes de procedimentos assépticos, após o contato com fluidos corpóreos ou mucosas, após o contato direto com o paciente e após o contato com o ambiente ao redor do paciente (Cambil-Martin *et al.*, 2020; Ribeiro *et al.*, 2019).

Com relação ao número de acertos nas questões com os conteúdos relacionados a HM, neste estudo foi identificado maior número de acertos no que tange aos momentos da HM recomendado pela OMS e a indicação de fricção com solução antisséptica de base alcoólica. Este resultado revela o conhecimento dos estudantes de enfermagem no que concerne os cinco momentos de HM, os quais fazem parte do

protocolo de recomendação para a segurança do paciente, a fim de contribuir significativamente para redução de IRAS, riscos de sepse e contaminação cruzadas, diminuindo também os riscos de complicações e internamentos prolongados (Brasil, 2009; Ribeiro *et al.*, 2019).

Ainda sobre os momentos de HM, um estudo realizado numa unidade de terapia intensiva (UTI) neonatal em um hospital no Rio Grande do Sul revelou que os profissionais de saúde apresentaram uma maior adesão à HM nos momentos antes e após o contato com o paciente, refletindo sua preocupação com a segurança do paciente e autoproteção (Contreiro *et al.*, 2021). Entretanto, neste mesmo estudo houve uma baixa adesão à prática de HM antes de procedimentos assépticos. Esta realidade sugere a necessidade de reforçar a importância de seguir todos os cinco momentos recomendados pela OMS (Contreiro *et al.*, 2021).

De acordo com o sistema de informações hospitalares do Sistema Único de Saúde (SUS), nos últimos anos o Brasil tem registrado um aumento crescente no número de casos de internamento por sepse (Brasil, 2024b). Concomitantemente, estudos nacionais e internacionais ressaltam que a simples prática de higienizar as mãos torna-se essencial na prevenção desse evento (Contreiro *et al.*, 2021). Diante desse cenário, torna-se indispensável que os estudantes e profissionais de saúde possuam conhecimento sobre a HM, bem como os passos envolvidos nesse processo e os produtos utilizados (Deepak *et al.*, 2020). Essa abordagem visa não apenas a redução dos casos de sepse, mas também proporcionar uma assistência segura ao paciente, a diminuição das taxas de internação associadas a complicações infecciosas, e consequente a redução de custos hospitalares (Cambil-Martin *et al.*, 2020; Kraker *et al.*, 2022).

Sobre a temática de HM, observa-se uma lacuna de conhecimento, apresentando-se em diferentes vertentes e populações variadas, como demonstram os estudos realizados com profissionais e estudantes da área da saúde (Cambil-Martin *et al.*, 2020; Contreiro *et al.*, 2021; Maraş; Kocaçal; Bahar, 2023; Reis; Silva; Corrêa, 2022; Valim *et al.*, 2024). Em um estudo realizado com profissionais de três UTIs de um hospital privado de Belo Horizonte, MG, observou-se que a taxa de adesão da HM foi de 46% entre os enfermeiros. Em relação às ações diante das oportunidades para a HM realizadas pelos profissionais, verificou-se baixa adesão antes da realização de

procedimentos assépticos (6,3%) e antes do contato com o paciente (12%) (Alvim *et al.*, 2019). Já em um estudo realizado com estudantes da área de saúde de um hospital universitário do Amazonas, revelou-se que apenas 12,5% dos estudantes sabiam quando se devia higienizar as mãos com água e sabão ou somente com álcool (Oliveira *et al.*, 2021).

Conforme as diretrizes internacionais, o tempo para a execução correta da técnica de HM é uma variável essencial para garantir a eficácia na prevenção de IRAS (Kiersnowska *et al.*, 2021). Nesta pesquisa, 15,3% dos estudantes avaliados responderam de forma correta quando questionado sobre “*Relação entre técnica de higienização das mãos e o tempo recomendado para a sua preparação*”. Desta forma torna-se evidente e necessário não apenas conhecer a técnica de HM, mas crucial conhecer os tempos recomendados para cada método, conforme estabelecido pela OMS (Brasil, 2009; Cordeiro *et al.*, 2021). Por exemplo, a higienização das mãos com água e sabão requer um tempo de 40-60 segundos, enquanto a fricção manual com preparações alcoólicas deve durar de 20 a 30 segundos (Brasil, 2009; Souza *et al.*, 2019).

Estudos como de Bezerra *et al.*, (2020) realizado numa UTI adulto e neonatal num hospital universitário do centro-oeste do Brasil, destacou que nenhuma categoria profissional da área da saúde avaliada atingiu o tempo mínimo recomendado para HM. Em outra pesquisa com alunos do último ano de medicina e o quarto ano de enfermagem de uma universidade na Grécia revelou que 20,6% dos estudantes de medicina e 12% dos estudantes de enfermagem estavam cientes do tempo mínimo necessário para lavar as mãos com água e sabão (Bounou *et al.*, 2021). Diante deste contexto atual, é imprescindível que estudantes e futuros profissionais da saúde compreendam a importância de conhecer os tempos e técnicas recomendadas de HM, visando assegurar uma higienização adequada e eficaz das mãos (Valim *et al.*, 2024).

Sabe-se que os profissionais de enfermagem são a categoria profissional que atuam de forma direta com o paciente, e que, apesar dos diferentes níveis de complexidade dos cuidados, evidências científicas têm demonstrado a necessidade de uma maior adesão à prática de HM durante a assistência à saúde (Contreiro *et al.*, 2021; Cordeiro *et al.*, 2021). Estudo realizado num serviço público de atenção domiciliar em São Paulo observou uma baixa frequência na adesão da HM durante a realização das visitas domiciliares pelos profissionais de enfermagem, sendo a HM realizada apenas

em 0,4% antes e 35,9% após o contato com o paciente (Cordeiro *et al.*, 2021). Outro estudo observacional realizado numa UTI do Mato Grosso identificou uma taxa de 23,98% na adesão geral de HM pelos profissionais de saúde, apesar da categoria de enfermagem os profissionais que mais aderiram à HM, ainda com um percentual abaixo da metade, com 40,17% (Valim *et al.*, 2024).

Estudos tem demonstrado como a formação continuada é uma ferramenta de formação crucial para melhorar a incorporação da prática de HM (Bounou *et al.*, 2021; Souza *et al.*, 2019). Num estudo realizado com estudantes de medicina e enfermagem numa universidade na Grécia demonstrou que os estudantes de enfermagem apresentaram uma maior taxa de conhecimento sobre HM quando comparado com os estudantes de medicina, ou seja, 60,4% e 57,2% respectivamente. Esse resultado pode ter relação com o conteúdo de HM o qual está inserido no currículo e é ministrado no curso de enfermagem durante a formação acadêmica (Bounou *et al.*, 2021). Já uma pesquisa realizada com acadêmicos de enfermagem na universidade de São Paulo revelou um impacto estatisticamente significativo no nível de conhecimento dos universitários, pré e pós-intervenção educativa sobre HM, com destaque para os momentos de realização da higienização ($p=0,031$), e o tempo de higienização das mãos com fricção com solução alcóolica ($p=0,001$) (Souza *et al.*, 2019). Assim, nota-se que estratégias de formação/educação sobre HM são primordiais para o fortalecimento das práticas seguras na assistência à saúde (Cambil-Martin *et al.*, 2020).

Com relação ao conhecimento de HM identificado entre os diferentes semestres, neste estudo atual destaca-se que o maior número de acertos das questões se concentrou entre os universitários matriculados no terceiro ano de formação acadêmica em enfermagem, ou seja, no 6º semestre do curso. Este resultado corrobora com outros estudos realizados com estudantes de enfermagem, os quais demonstram que o nível de conhecimento é maior nos universitários matriculados nos últimos anos de formação (Blomgren *et al.*, 2024; Gulik *et al.*, 2021).

Os universitários de enfermagem hoje serão futuros profissionais da área os quais serão responsáveis pela prestação de cuidados de saúde e desempenham um papel fundamental na promoção da segurança do paciente (Contreiro *et al.*, 2021; Reis; Silva; Corrêa, 2022). Ao adquirirem conhecimentos e habilidades práticas em HM durante sua formação acadêmica, esses estudantes estarão capacitados para implementar tanto essa

prática essencial em sua rotina profissional e segurança do paciente (Oliveira *et al.*, 2021), como se tornarem agentes ativos na promoção da cultura de segurança e prevenção de IRAS (Bounou *et al.*, 2021; Fouad; Eltaher, 2020).

O processo de formação dos novos profissionais de enfermagem deve contemplar conhecimentos sobre a temática de HM que garantam a qualidade da assistência à saúde. Ao realizar a análise das respostas dos estudantes nesta pesquisa nota-se que os estudantes de enfermagem do 5º e do 6º semestre tiveram a maior mediana do número de acertos das questões sobre HM, confirmado estatisticamente. Esses resultados indicam que estudantes em estágios mais avançados no curso de graduação apresentam um maior conhecimento sobre higiene das mãos, possivelmente em decorrência do aprofundamento e aquisição destes conteúdos teóricos e práticos proporcionado pelo percurso formativo.

Este resultado corrobora com um estudo realizado com estudantes de enfermagem na Tailândia, onde foi observado que alunos do quarto ano de graduação apresentaram uma pontuação significativamente maior no conhecimento sobre “prevenção da infecção cruzada de pessoa para pessoa” ($M=3,90$, $DP=1,12$) em comparação com alunos do terceiro e segundo ano, que obtiveram médias de 3,56 ($DP=1,17$) e 3,65 ($DP=1,10$), respectivamente (Gulik *et al.*, 2021). Esses dados ressaltam a importância do desenvolvimento de competências teóricas e práticas de HM na consolidação de conhecimentos essenciais para a prevenção de IRAS e doenças infecto contagiosa como a COVID-19 (Kraker *et al.*, 2022).

A pandemia de COVID-19 evidenciou a importância da higiene das mãos na prevenção de doenças infecciosas, destacando a necessidade de evitar a contaminação por gotículas respiratórias e contato direto (Sandbekken *et al.*, 2022). Com a evolução da pandemia, profissionais de enfermagem adaptaram-se ao novo contexto, o que favoreceu maior adesão à higiene das mãos. Estudo no *Hospital Universitario Insular de Gran Canaria*, Espanha, identificou aumento na aderência total de 42,5% (2018) para 59,2% (2020; $p < 0,05$), com maior frequência após o contato com o paciente (67%) do que antes (48%). Desta forma, pode-se afirmar que a pandemia despertou uma conscientização global sobre a importância da higiene das mãos, levando os profissionais de saúde a adotarem novos hábitos e boas práticas, tornando a HM essencial para reduzir a transmissão e disseminação do SARS-CoV-2 (Arriba-

Fernández; Molina-Cabrillana; Majem, 2021). Nesse contexto, a educação continuada é fundamental para garantir a manutenção da prática da higiene das mãos ao longo do tempo (Kraker *et al.*, 2022).

Diante do presente cenário apresentado na pesquisa atual com os estudantes, compreende-se que para o alcance de uma maior adesão de HM entre os universitários e futuros profissionais da saúde faz-se necessário a implementação das estratégias multimodal, como treinamentos práticos, campanhas, estudos de casos e mentorias, nas universidades e estabelecimentos de saúde para estimular a mudança de atitude e promover a manutenção de comportamento direcionado à segurança do paciente na realização da HM (Kraker *et al.*, 2022).

Ao interpretar os resultados do presente estudo, algumas limitações devem ser consideradas. Primeiramente, trata-se de uma pesquisa com delineamento transversal, o que impossibilita estabelecer relações de causa e efeito entre as variáveis analisadas. Além disso, o estudo foi realizado em uma única instituição de ensino, limitando a generalização dos achados para outras realidades acadêmicas e contextos regionais. Pesquisas em diferentes instituições, com a inclusão de outras áreas de formação no campo da saúde, devem ser realizadas para subsidiar futuras intervenções que visem melhorar o conhecimento e adesão à HM.

CONCLUSÃO

O presente estudo permitiu identificar o conhecimento de higiene das mãos de estudantes de enfermagem nos diferentes semestres do curso. Evidenciou-se maior conhecimento nas questões relativas aos cinco momentos da HM, e lacunas no conhecimento relativo ao tempo recomendado para a prática de HM e a atividade microbiana da solução antisséptica de base alcoólica.

Os acadêmicos de enfermagem demonstraram um maior conhecimento sobre HM com o passar dos semestres. Ou seja, os estudantes matriculados nos dois últimos anos do curso obtiveram uma maior frequência de acertos de questões sobre HM. Este contexto revela a necessidade da manutenção desse conhecimento de forma transversal e continuada entre os estudantes de enfermagem, a fim de garantir um conhecimento sólido durante a graduação.

Portanto, faz-se necessário que novos estudos de abrangência nacional sejam realizados, com estudantes e profissionais da área da saúde, com vistas a identificar o conhecimento sobre a HM, a fim de implantar estratégias e ações educativas para uma maior segurança e qualidade na assistência à saúde.

REFERÊNCIAS

ALVIM, A. L. S. *et al.* Hand hygiene in emergency care: cross-sectional study on adherence and behavior of the team. *Revista Prevenção de Infecção e Saúde*, Santa Cruz do Sul, v. 8, n. 1, p. 55-59, abr. 2023. DOI: <https://doi.org/10.17058/reci.v9i1.11605>. Disponível em: <https://online.unisc.br/seer/index.php/epidemiologia/article/view/11605>. Acesso em: 20 maio 2024.

ALVIM, A. L. S. *et al.* Avaliação das práticas de higienização das mãos em três unidades de terapia intensiva. *Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção*, Santa Cruz do Sul, v. 9, n. 1, jan. 2019. DOI: <https://doi.org/10.17058/reci.v9i1.11605>. Disponível em: <https://www.redalyc.org/journal/5704/570463757010/>. Acesso em: 22 set. 2023.

ARRIBA-FERNÁNDEZ, A.; OLINA-CABRILLANA, M. J.; MAJEM, L. S. Evolution of adherence to hand hygiene in health care professionals in a third-level hospital in relation to the sars-cov-2 pandemic. *Revista Española de Quimioterapia*, Barcelona, v. 34, n. 3, p. 214-219, 2021. DOI: <https://doi.org/10.37201/req/150.2020>. Disponível em: <https://www.mendeley.com/catalogue/8e65e4c2-3b42-3e23-8161-f018d21a46c2/>. Acesso em: 30 maio 2024.

BEZERRA, T. B. *et al.* Adherence to hand hygiene in critical sectors: can we go on like this? *Journal of Clinical Nursing*, Oxford, v. 29, n. 13-14, p. 2691-2698, jul. 2020. DOI: <https://doi.org/10.1111/jocn.15293>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32301162/>. Acesso em: 3 maio 2024.

BLOMGREN, P. O. *et al.* Hand hygiene knowledge among nurses and nursing students—a descriptive cross-sectional comparative survey using the WHO’s “Hand Hygiene Knowledge Questionnaire”. *Infection Prevention in Practice*, London, v. 6, n. 2, jun. 2024. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.infpip.2024.100358>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38586127/>. Acesso em: 20 maio 2024.

BOUNOU, L. *et al.* Hand hygiene education of Greek medical and nursing students: a cross-sectional study. *Nurse Education in Practice*, Edinburgh, v. 54, p. 103130, jul. 2021. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2021.103130>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34246184/>. Acesso em: 1 maio 2024.

BOURGET, M. I. M. *et al.* A expansão dos cursos de graduação em Enfermagem: cenário, interesses e desafios do ensino a distância. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 56, p. e20210268, 2022. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/reeusp/a/CBvs4hxKcx4vvdBCKqfc6SG/>. Acesso em: 2 maio 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. *Segurança do paciente em serviços de saúde: higienização das mãos*. Brasília, DF: Anvisa, 2009.

Disponível em:

file:///C:/Users/santa/Downloads/seguranca_paciente_servicos_saude_higienizacao_maos_verde.pdf. Acesso em: 26 out. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Sistema de Informações Hospitalares do SUS*.

Internações por Ano processamento segundo Lista Morb CID-10 Lista Morb CID-10: septicemia; Período: Jan/2019-Mar/2024. Brasília, DF: DATASUS, 2024a. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/nruf.def>. Acesso em: 28 maio 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Sistema de Informações Hospitalares do SUS*. Óbitos por Ano processamento segundo Lista Morb CID-10: septicemia; Período: 2018-2023. Brasília, DF: DATASUS, 2024b. Disponível em:

<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/nruf.def>. Acesso em: 28 maio 2024.

BROWNE, K.; MITCHELL, B. G. Multimodal environmental cleaning strategies to prevent healthcare-associated infections. *Antimicrobial resistance and infection control*, Reino Unido, v. 12, n. 1, p. 83, Aug. 2023. DOI: <https://doi.org/10.1186/s13756-023-01274-4>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37612780/>. Acesso em: 20 maio 2024.

CAMBIL-MARTIN, J. *et al.* Comparison of knowledge, attitudes and hand hygiene behavioral intention in medical and nursing students. *Journal of Preventive Medicine and Hygiene*, Itália, v. 61, n. 1, p. E9-E14, abr. 2020.

DOI: <https://doi.org/10.15167/2421-4248/jpmh2020.61.1.741>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32490263/> Acesso em: 14 nov. 2023.

CHEN, W.; TSENG, C. L. What are healthcare workers' preferences for hand hygiene interventions? A discrete choice experiment. *BMJ Open*, Reino Unido, v. 11, n. 11, nov. 2021. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-052195>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34732487/>. Acesso em: 14 nov. 2023.

CONEGLIAN, T. V. *et al.* Técnica de higiene das mãos: assimilação do aprendizado por acadêmicos de enfermagem. *CuidArte Enfermagem*, Catanduva, v. 14, n. 1, p. 69-74, jan./jun. 2020. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1119593>. Acesso em: 14 nov. 2023.

CONTREIRO, K. dos S. *et al.* Adesão à higienização das mãos dos profissionais da saúde em unidade de terapia intensiva neonatal. *Revista Enfermagem Contemporânea*, Salvador, v. 10, n. 1, p. 25-32, 2021. DOI: <https://doi.org/10.17267/2317-3378rec.v10i1.3094>. Disponível em:

<https://journals.bahiana.edu.br/index.php/enfermagem/article/view/3094>. Acesso em: 13 nov. 2023.

CORDEIRO, J. F. C. *et al.* Hand hygiene by the nursing team in home care: a cross-sectional study. *Revista da Escola de Enfermagem*, São Paulo, v. 55, p. e20210104, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2021-0104>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/r9X8GpDZQMvZmmzbcMMr6vb/?format=pdf>. Acesso em: 13 nov. 2023.

DEEPAK, D. *et al.* Hand hygiene knowledge, attitude, practice and hand microflora analysis of staff nurses in a rural tertiary care hospital. *Journal of Family Medicine and Primary Care*, África do Sul, v. 9, n. 9, p. 4969, 2020. DOI: https://doi.org/10.4103/jfmpe.jfmpe_773_20. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33209830/>. Acesso em: 20 maio 2024.

FARIAS, M. E. L.; GONÇALVES, J. da S.; JESUS, I. S. Adesão à higiene das mãos antes e após intervenções educativas do dia mundial para higienização das mãos em um hospital universitário. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, São Paulo, v. 11, n. 16, 2019. DOI: <https://doi.org/10.25248/reas.e1354.2019>. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/336815259_Adesao_a_higiene_das_maos_antes_e_apos_intervencoes_educativas_do_dia_mundial_para_higienizacao_das_maos_em_um_hospital_universitario. Acesso em: 13 nov. 2023.

FELDHaus, C. *et al.* Knowledge of nursing and physiotherapy students on hand hygiene. *Revista Mineira de Enfermagem*, Belo Horizonte, v. 22, n. 1, p. e1096, 2018. DOI: <https://doi.org/10.5935/1415-2762.20180026>. Disponível em: <https://periodicos.ufmg.br/index.php/reme/article/view/49667>. Acesso em: 26 out. 2023.

FOUAD, M.; ELTAHER, S. Hand hygiene initiative: comparative study of pre-and postintervention outcomes. *Eastern Mediterranean Health Journal*, Alexandria, v. 26, n. 2, p. 198-205, 1 fev. 2020. DOI: <https://doi.org/10.26719/2020.26.2.198>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32141598/>. Acesso em: 20 maio 2024.

FUCHS, A. Sepsis: a maior causa de morte nas UTIs. *Agência Fiocruz de Notícias*, 17 set. 2021. Disponível em: <https://agencia.fiocruz.br/sepsis-maior-caoa-de-morte-nas-utis>. Acesso em: 27 maio 2024.

GULIK, N. *et al.* Factors influencing self-reported adherence to standard precautions among Thai nursing students: a cross sectional study. *Nurse Education in Practice*, Edinburgh, Escócia, v. 57, p. 103232, nov. 2021. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2021.10323>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34700259/>. Acesso em: 28 maio 2024.

KIERSNOWSKA, Z. *et al.* Hand hygiene as the basic method of reducing *Clostridium difficile* infections (CDI) in a hospital environment. *Annals of Agricultural and Environmental Medicine*. Lublin, v. 28, p. 535-540, 2021. DOI: <https://doi.org/10.26444/aaem/131121>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34969208/>. Acesso: 3 maio 2024.

KORB, J. P. *et al.* Knowledge of hand hygiene in the perspective of nursing professionals from an emergency service. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, p. 517-523, jan. 2019. DOI: <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2019.v11i2.517-523>. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/330547855_Knowledge_of_Hand_Hygiene_in_the_Perspective_of_Nursing_Professionals_from_an_Emergency_Service_Conhecimento_Sobre_Higienizacao_das_Maos_na_Perspectiva_de_Profissionais_de_Enfermagem_em_um_Pronto_Aten. Acesso em: 14 set. 2023.

KRAKER, M. E. A. *et al.* Implementation of hand hygiene in health-care facilities: results from the WHO Hand Hygiene Self-Assessment Framework global survey 2019. *The Lancet Infectious Diseases*, New York, v. 22, n. 6, p. 835-844, jun. 2022. DOI: [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(21\)00618-6](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(21)00618-6). Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35202600/>. Acesso em: 20 maio 2024.

INSTITUTO SEMESP. Mapa do Ensino Superior no Brasil: 2025. São Paulo: SEMESP, 2025. Disponível em: <https://www.semesp.org.br/wp-content/uploads/2025/04/mapa-do-ensino-superior-no-brasil-2025.pdf>. Acesso em: 2 maio 2025.

LE, C. D. *et al.* Hand hygiene compliance study at a large central hospital in Vietnam. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, Suíça, v. 16, n. 4, p. 607-617, fev. 2019. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph16040607>. Disponível em: <https://pure.psu.edu/en/publications/hand-hygiene-compliance-study-at-a-large-central-hospital-in-viet>. Acesso em: 22 set. 2023.

MARAŞ, G. B.; KOCAÇAL, E.; BAHAR, A. Higiene das mãos dos profissionais de saúde: perspectivas do estudante de enfermagem no papel de paciente/familiar. *Acta Paulista de Enfermagem*. São Paulo, v. 37, p. eAPE003511, 2024. DOI: <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2024AO00000351>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ape/a/mvdK5KqbyFyTvSdJxbqvRkb/>. Acesso em: 3 maio 2024.

NETO, J. *et al.* Hand hygiene among paediatric nurses: evaluation of practices and intervention perspective. *Medical Sciences Forum*, Basel, v. 17, p. 4, 2022. DOI: <https://doi.org/10.3390/msf2022017004>. Disponível em: <https://www.mdpi.com/2673-9992/17/1/4>. Acesso em: 22 set. 2024.

OLIVEIRA, W. dos S. *et al.* Resultado da percepção de acadêmicos da saúde quanto a importância da realização da higienização das mãos na técnica correta. *Brazilian Journal of Health Review*, Curitiba, v. 4, n. 3, p. 10717-10727, maio 2021. DOI: <https://doi.org/10.34119/bjhrv4n3-088>. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/29874>. Acesso em: 14 set. 2023.

REIS, J. B. A. B. da S.; SILVA, R. F. A.; CORRÊA, V. de A. F. Competências em higienização das mãos e controle de infecções autorreferidas por discentes de enfermagem. *Research, Society and Development*, São Paulo, v. 11, n. 7, p.

e6211729495, maio 2022. DOI: <https://doi.org/10.33448/rsd-v9i11.9671>. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/9671>. Acesso em: 3 maio 2024.

RIBEIRO, I. P. *et al.* Medidas de biossegurança adotadas por graduandos em enfermagem no cotidiano dos espaços de práticas laboratoriais. *Revista Prevenção de Infecção e Saúde*, São Paulo, v. 5, p. 1-10, dez. 2019. DOI: <https://doi.org/10.26694/repis.v5i0.9309>. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/338414028>. Acesso em: 2 maio 2024.

SANDBEKKEN, I. H. *et al.* Students' observations of hand hygiene adherence in 20 nursing home wards, during the COVID-19 pandemic. *BMC Infectious Diseases*, London, v. 22, n. 1, p. 156, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12879-022-07143-6>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35164685/>. Acesso em: 28 maio 2024.

SCHROERS, G.; O'ROURKE, J. Nursing students' medication administration: a focus on hand hygiene and patient identification. *Journal of Nursing Education*, Thorofare, v. 62, n. 7, p. 403-407, jul. 2023. DOI: <https://doi.org/10.3928/01484834-20230614-01>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37413672/>. Acesso em: 3 maio 2024.

SOARES, M. A. *et al.* Microrganismos multirresistentes nas mãos de profissionais de saúde em Unidades de Terapia Intensiva. *Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção*, Santa Cruz do Sul, v. 9, n. 3, p. 1-6, jul. 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.17058/reci.v9i3.12674>. Disponível em: <https://www.redalyc.org/journal/5704/570464224001/html/>. Acesso em: 14 set. 2023.

SOUZA, A. L. T. *et al.* Educational intervention in the knowledge about hand hygiene in nursing students. *Cultura de los Cuidados*, Alicante, v. 23, n. 53, p. 253-264, 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2019.53.24>. Disponível em: <https://rua.ua.es/dspace/handle/10045/91750>. Acesso em: 14 nov. 2023.

SYED, W.; AL-RAWI, M. B. A. Assessment of hand-washing knowledge and practice among nursing undergraduates in Saudi Arabia. *Canadian Journal of Infectious Diseases and Medical Microbiology*, Oakville, v. 2024, p. 1-7, 2024. DOI: <https://doi.org/10.1155/2024/7479845>. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1155/2024/7479845>. Acesso em: 20 maio 2024.

VALIM, M. D. *et al.* Adesão à técnica de higiene das mãos: estudo observacional. *Acta Paulista de Enfermagem*, São Paulo, v. 37, p. eAPE001262, fev. 2024. DOI: <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2024AO0001262>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ape/a/ytkyFNFMK3YR4cfgCDfrq5M/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 3 maio 2024.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Guidelines on hand hygiene in health care*. First global patient safety challenge clean care is safer care. Geneva: WHO, 2009. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23805438/>. Acesso em: 26 out. 2023.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Report on the burden of endemic health care-associated infection worldwide*. Geneva: WHO, 2011. Disponível em: <https://iris.who.int/handle/10665/80135>. Acesso em: 26 out. 2023.

YANG, Y. *et al.* Advances in the human skin microbiota and its roles in cutaneous diseases. *Microbial Cell Factories*, Reino Unido, v. 21, p. 176, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12934-022-01901-6>. Disponível em: <https://microbialcellfactories.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12934-022-01901-6>. Acesso em: 25 out. 2023.

Editor responsável: Daniel Demétrio Faustino da Silva

Recebido em 14 de fevereiro de 2025.

Aceito em 05 de julho de 2025.

Publicado em 31 de julho de 2025.

Como referenciar este artigo (ABNT):

MACÊDO, Tássia Teles Santana de; *et. al.*. Higienização das mãos: conhecimentos de estudantes de enfermagem de uma universidade privada na Bahia. *Cadernos de Ensino e Pesquisa em Saúde*, Porto Alegre, v. 5, e465, jan./dez. 2025.

E-mail:
revista@ghc.com.br

Site:
www.revista.ghc.com.br

Fone:
(51) 3357-2823