



**Universidade do Estado do Rio de Janeiro**  
Centro Biomédico  
Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro

Raíssa Rodrigues Organista

**O manual de Procedimento Operacional Padrão como instrumento da  
Gestão na Saúde: a experiência na Atenção Primária do município de  
Maricá**

Rio de Janeiro

2023

Raíssa Rodrigues Organista

**O manual de Procedimento Operacional Padrão como instrumento da Gestão na Saúde:  
a experiência na Atenção Primária do município de Maricá**

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Política, Planejamento e Administração em Saúde.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dra. Catalina Kiss

Coorientador: Prof. Dr. Paulo Henrique Almeida Rodrigues

Rio de Janeiro

2023

CATALOGAÇÃO NA FONTE  
UERJ/REDE SIRIUS/CB/C

O68 Organista, Raíssa Rodrigues

O manual de Procedimento Operacional Padrão como instrumento da Gestão na Saúde: a experiência na Atenção Primária do município de Maricá / Raíssa Rodrigues Organista – 2023.

100 f.

Orientador: Catalina Kiss

Coorientador: Paulo Henrique Almeida Rodrigues

Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro.

1. Gestão em Saúde – Teses. 2. Atenção Primária à Saúde – Município de Maricá (RJ) - Teses. 3. Manual de Referência - Teses. 4. Segurança do Paciente – Teses. 5. Educação em Saúde - Teses. 6. Serviços de Saúde - Teses. I. Kiss, Catalina. II. Rodrigues, Paulo Henrique Almeida. III. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro. IV. Título.

CDU 614.2 (815.3)

Bibliotecária: Julia Franco Barbosa – CRB 7 5945

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação, desde que citada a fonte.

---

Assinatura

---

Data

Raíssa Rodrigues Organista

**O manual de Procedimento Operacional Padrão como instrumento da Gestão na Saúde:  
a experiência na Atenção Primária do município de Maricá**

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Política, Planejamento e Administração em Saúde.

Aprovada em 04 de julho de 2023.

Orientador (a) (es) :   Coorientador: Prof. Dr. Paulo Henrique Almeida Rodrigues

Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro - UERJ

Banca Examinadora:

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Catalina Kiss (Orientadora)

Universidade Estácio de Sá

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Carla Simone Duarte de Gouvêa

Instituto de Medicina Social Hésio Cordeiro - UERJ

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Ana Maria Auler Matheus Peres

Centro Universitário Arthur Sá Earp Neto

Rio de Janeiro

2023

## AGRADECIMENTOS

Agradeço ao meu filho, por perder momentos de sua infância com sua mãe, durante esses dois anos.

Aos meus familiares por me incentivarem a conclusão do curso e por cuidarem do meu filho para que eu pudesse escrever.

À minha irmã, que fez resumos, estudou bibliografias fora da sua área, para que anteriormente, em uma tentativa que não era minha, eu pudesse ingressar em outro mestrado, sempre me incentivando.

À minha orientadora, Catalina Kiss, pela paciência com meus prazos e projetos paralelos de vida, presteza e dedicação.

À Thais e secretaria do Instituto de Medicina Social Hésio Cordeiro (IMS) por serem prestativos ao longo da jornada.

Ao Dadá, por brilhar e ser luz neste Mestrado Profissional do IMS/Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), formidavelmente gigante.

E, especialmente a mim, por não desistir do meu sonho, de ser Mestre.

Eu te perdoo  
Eu te entendo  
A dor é grande  
O peito é pequeno  
Se eu te dissesse o que eu vejo  
Você ia se espantar  
A sua luz é tão grande  
Só você não quer olhar [...]  
Ave Maria mãos de luz  
Acolha as almas de quem me conduz  
Imaculada, mãos de luz  
Acolha as almas de quem me conduz

*Aline Caymmi*

## RESUMO

ORGANISTA, Raíssa Rodrigues. *O manual de Procedimento Operacional Padrão como instrumento da Gestão na Saúde: a experiência na Atenção Primária do município de Maricá*. 2023. 100 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2023.

O uso de procedimentos operacionais padronizados nas organizações de saúde deve assegurar para o conjunto de práticas descritas, a segurança dos trabalhadores e pacientes, permitindo a qualificação e avaliação dos resultados estabelecidos. A dissertação relata a experiência da construção da primeira versão do Manual de Procedimentos Operacionais Padrão (POP) desenvolvido pela Secretaria Municipal de Saúde de Maricá entre os anos de 2020 e 2022. Apresenta os processos assistenciais que foram objeto da padronização de POP's em cada contexto de desenvolvimento e efetiva criação, descrevendo os responsáveis e os critérios utilizados para publicização do Manual. As fontes de dados foram de natureza informal e oficial. As fontes informais estão relacionadas com os arquivos pessoais, como as anotações diárias obtidas pelos membros da equipe de sanitaristas e demais envolvidos no processo de construção do manual e os documentos oficiais são as atas das reuniões, os e-mails e a publicação em mídia social do município. Foi possível constatar, que, ao longo do processo de conformação de Manual, foram diferenciados três contextos. Estão relacionados inicialmente, com o enfrentamento da pandemia da Covid-19 e foram evoluindo, ou podemos chamar de “amadurecendo um olhar”, para a perspectiva do risco de processos de trabalho do dia a dia da APS, e por fim, a produção de um “olhar mais orientado” em consonância com a carteira de serviços da APS em Maricá. Os registros estão de acordo com os recortes temporais identificados como: “Emergência sanitária covid – 19 e seus impactos na vacinação: o início do processo”; “Demais problemas diários identificados/demandados pelas unidades de atenção primária: a evolução”; “O boom baseado na carteira de serviços e os ajustes para publicação: o final”. Foi possível constatar que havia outros pontos de risco na cadeia assistencial mobilizando a construção de outros POP's, ainda que não havendo um processo metodológico bem estabelecido, nem no tocante ao levantamento de necessidades, feito de forma empírica e baseado na percepção das sanitaristas. Entretanto, mobilizou e permitiu a revisão de várias ações e processos de trabalho na APS que podem levar a incidentes. A fase de eleição dos processos assistenciais que foram objeto da padronização no Manual de POP's da APS foi fundamentada a depender do período de elaboração, inicialmente voltado para emergência em saúde pública, posteriormente nas atividades mais comuns do processo de trabalho na APS e por fim relacionado aos serviços oferecidos na carteira de serviços da APS. Torna-se oportuno instituir a avaliação e qualificação permanente dos processos de trabalho relativos à carteira de serviços e de novas demandas de ações e serviços.

Palavras-chave: Gestão em saúde. Segurança do paciente. Educação em saúde. Atenção primária à saúde.

## ABSTRACT

ORGANISTA, Raíssa Rodrigues. *The Standard Operating Procedure manual as a Health Management tool: the experience in Primary Care in the municipality of Maricá*. 2023. 100 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2023.

It presents the care processes that were subject to standardization of SOPs in each context of development and effective creation, describing those responsible and the criteria used to disseminate the Manual. Data sources were informal and official in nature. Informal sources are related to personal files, such as daily notes obtained by members of the public health team and others involved in the process of creating the manual, and official documents are minutes of meetings, emails and publications on social media. of the municipality. It was possible to verify that, throughout the process of creating the Manual, three contexts were differentiated. We are initially related to facing the Covid-19 pandemic and have been evolving, or we can call it “maturing a look”, towards the perspective of the risk of day-to-day work processes in PHC, and finally, the production of a “more oriented look” in line with the APS service portfolio in Maricá. The records according to the time frames identified as: “Covid – 19 health emergency and its impacts on vaccination: the beginning of the process”; “Other daily problems identified/demanded by primary care units: evolution”; “The service portfolio-based boom and adjustments to publishing: the end.” It was possible to verify that there were other points of risk in the care chain, mobilizing the construction of other SOPs, even though there was no well-established methodological process, not even with regard to the assessment of needs, carried out empirically and based on the perception of public health professionals. However, it mobilized and allowed the review of several actions and work processes in PHC that could lead to incidents. The phase of choosing the care processes that were subject to standardization in the POP's Manual of PHC was based on depending on the period of preparation, initially focused on public health emergencies, later on the most common activities of the work process in PHC and finally related to the services offered in the APS service portfolio. It is opportune to institute a permanent evaluation and qualification of work processes related to the service portfolio and new demands for actions and services.

Keywords: Health management. Patient safety. Health education. Primary health care.



## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 –	Número de Estabelecimentos de Saúde por Tipo e Prestador em Maricá no ano de 2023 .....	51
Quadro 2 –	Composição da Rede de Atenção à Saúde em Maricá no ano de 2023 .....	52
Quadro 3 –	Registros de produção dos Procedimentos Operacionais Padrão .....	55
Quadro 4 –	Contextualização, Ação e Evidência .....	87

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ACS	Agente Comunitário de Saúde
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APS	Atenção Primária à Saúde
CIEVS	Centro de Informações Estratégias e Respostas em Vigilância em Saúde
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
eSF	Equipe de Saúde da Família
e-SUS AB	Estratégia do Sistema Único de Saúde da Atenção Básica
EA	Evento Adverso
EBSERH	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
EC	Educação Continuada
EPS	Educação Permanente em Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
EUA	Estados Unidos da América
FDA	<i>Food and Drug Administration</i>
ICTIM	Instituto de Ciência, Tecnologia e Inovação de Maricá
IMS	Instituto de Medicina Social Hésio Cordeiro
IOM	<i>Institute of Medicine</i>
INCA	Instituto Nacional do Câncer
IRAS	Infecções relacionadas à Assistência à Saúde
IST	Infecção Sexualmente Transmissível
JCI	<i>Joint Commission International</i>
JOM	Jornal Oficial de Maricá
LACEN RJ	Laboratório Central de Saúde Pública Noel Nutels do Rio de Janeiro
MAE	Movimento de Ativistas da Enfermagem Brasileira de Maricá
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleos de Apoio à Saúde da Família
NOTIVISA	Sistema Nacional de Notificações para a Vigilância Sanitária
NSP	Núcleo de Segurança do Paciente
OMS	Organização Mundial de Saúde

OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
OSS	Organização Social de Saúde
PAB	Piso da Atenção Básica
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PMAQ	Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade
PMM	Programa Mais Médicos
PMS	Plano Municipal de Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNI	Programa Nacional de Imunização
PNSP	Programa Nacional de Segurança do Paciente
POP	Procedimento Operacional Padrão
PSF	Programa de Saúde da Família
RAS	Rede de Atenção à Saúde
SAS	Secretaria de Atenção à Saúde
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCU	Tribunal de Contas da União
UBS	Unidade Básica de Saúde
UERJ	Universidade do Estado do Rio de Janeiro
UFF	Universidade Federal Fluminense
USF	Unidade de Saúde da Família

## SUMÁRIO

	<b>APRESENTAÇÃO</b> .....	12
	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	15
1	<b>OBJETIVOS</b> .....	20
1.1	<b>Geral</b> .....	20
1.2	<b>Específicos</b> .....	20
2	<b>REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	21
2.1	<b>Rede de Atenção à Saúde e a Atenção Primária</b> .....	21
2.1.1	<u>Atenção primária à saúde, processos e prática</u> .....	24
2.1.2	<u>Gestão do trabalho na atenção primária</u> .....	26
2.1.3	<u>Atenção primária à saúde e os desafios da precarização do trabalho</u> .....	29
2.1.4	<u>Atenção primária e educação em saúde</u> .....	32
2.1.5	<u>Atenção primária e vacinação</u> .....	34
2.2	<b>Gestão de Risco, Segurança do Paciente e Padronização de Processos de Trabalho</b> .....	35
2.2.1	<u>Gestão de risco: breve contextualização histórica</u> .....	35
2.2.2	<u>Gestão de risco e segurança do paciente</u> .....	39
2.2.3	<u>Segurança do paciente no Brasil</u> .....	40
2.2.4	<u>Segurança do paciente e a atenção primária à saúde</u> .....	42
2.2.5	<u>A resposta do sistema de saúde às emergências sanitárias</u> .....	44
3	<b>METODOLOGIA</b> .....	49
3.1	<b>Tipo de Estudo</b> .....	49
3.2	<b>Campo do Estudo</b> .....	50
3.3	<b>Etapas do Estudo</b> .....	53
3.4	<b>Período do Estudo</b> .....	54
3.5	<b>Fonte de Dados</b> .....	54
4	<b>RESULTADOS</b> .....	56
4.1	<b>Emergência sanitária da Covid – 19 e seus impactos na vacinação: o início do processo</b> .....	56
4.2	<b>Demais problemas diários identificados/demandados pelas unidades de atenção primária: a evolução</b> .....	59

4.3	<b>O boom baseado na carteira de serviços e os ajustes para publicação: o final</b> .....	61
5	<b>DISCUSSÃO</b> .....	64
	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	75
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	77
	<b>APÊNDICE</b> – Contextualização, Ação e Evidência .....	87
	<b>ANEXO A</b> – Capa do Manual de Procedimentos Operacionais Padrão da Atenção Primária do Município de Maricá .....	97
	<b>ANEXO B</b> – Sumário do Manual de Procedimentos Operacionais Padrão da Atenção Primária do Município de Maricá .....	98
	<b>ANEXO C</b> – Primeiro Procedimento Operacional Padrão do Manual de Procedimentos Operacionais Padrão da Atenção Primária do Município de Maricá .....	100

## APRESENTAÇÃO

Minha trajetória na saúde pública iniciou-se após o ingresso na Residência de Enfermagem em Saúde Coletiva na Universidade Federal Fluminense (UFF), nos idos de 2014. O campo da prática assistencial acontece, logo no primeiro ano, no Programa Médico de Família na Clínica da Família Victor Valla, em Manginhos no município do Rio de Janeiro. Durante o segundo ano, o exercício foi na gestão da Fundação Municipal de Saúde de Niterói, no Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher, momento em que acabei sendo contratada, dando continuidade às ações que já executava como residente.

Minha saída, no ano 2018, se deu para ingresso no campo da Vigilância em Saúde no município do Rio de Janeiro e depois para o Centro de Referência de Imunobiológicos Especiais da mesma cidade. Após, fui contratada no município de Maricá, lócus de estudo deste projeto. Uma jornada intensa, com variados enfoques e experiências no campo da saúde coletiva, que conformaram parte da minha prática profissional. Ao longo dessa trajetória, constatei vários desafios para assegurar o direito à saúde, que fomentam minha necessidade de discutir e contribuir com o campo da gestão do Sistema Único de Saúde (SUS).

A principal motivação para esta pesquisa surgiu a partir do meu atual exercício profissional como sanitarista<sup>1</sup> na Gestão da Atenção Primária à Saúde (APS) do município de Maricá. Trabalhando no município desde 2020, venho desenvolvendo diferentes funções desde então. Entre 2020 e 2022, o município iniciou uma profunda transformação na gestão da APS, quando concedeu para uma Organização Social de Saúde (OSS) a organização e execução das ações de saúde. O contrato publicizado em domínio público destina-se ao gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde desenvolvidos na APS nos quatro distritos do município de Maricá. A empresa vencedora, conforme chamamento público – edital nº 02/2019 – foi o Instituto Gnosis. O contrato foi celebrado a partir de março de 2020 (Prefeitura Municipal de Maricá, 2020). Uma das ações do Instituto

---

<sup>1</sup> Conforme consta no Cadastro Brasileiro de Ocupações, Sanitarista é o profissional **Grade grupo 1:** Membros superiores do poder público, dirigentes de organizações de interesse público e de empresas, gerentes **Subgrupo principal: 13:** Diretores e gerentes em empresa de serviços de saúde, da educação, ou de serviços culturais, sociais ou pessoais **Subgrupo: 131:** Diretores e gerentes em empresa de serviços de saúde, de educação, ou de serviços culturais, sociais ou pessoais **Família: 1312:** Gestores e especialistas de operações em empresas, secretarias e unidades de serviços de saúde. Cujas atividades inerentes a profissão são: planejar ações em saúde, coordenar ações de saúde, definir estratégias para unidades e/ou programas de saúde, entre outros) (Classificação Brasileira de Ocupações, 2022).

Gnosis, foi a incorporação dos funcionários do antigo quadro de servidores da secretaria de saúde, mantendo os que estavam na assistência direta à saúde em suas funções e os do domínio da gestão alocados em cargos definidos pelo novo contrato. Ainda em maio do mesmo ano, o Instituto fez um novo processo seletivo simplificado para cargos que compõe a equipe de saúde da família (eSF), a saber: Agente Comunitário de Saúde (ACS), técnico de enfermagem, enfermeiro e cirurgião dentista (Instituto Gnosis, 2020). No mesmo mês, também foi aberto processo seletivo para os cargos de sanitarista, os quais deveriam atuar na “gestão de projetos e unidades básicas de atenção primária em saúde”, desenvolvendo o “planejamento em saúde de acordo com as necessidades do território e comunidade, organização e qualificação do processo de trabalho, coordenação e integração das ações de fortalecimento da APS”. Exigia-se, para desempenho da função, profissionais de nível superior com especialização em saúde pública ou coletiva.

Contextualizando de forma mais específica, a minha inserção em Maricá ocorreu através do referido processo seletivo para sanitaristas, quando comecei a trabalhar em junho de 2020. Inicialmente, na função de apoio à gestão de vigilância em saúde concernente as ações desempenhadas nas Unidades de Saúde da Família (USF<sup>2</sup>). O contexto era desafiador para toda a gestão do SUS, defrontávamos com a Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional pela propagação do vírus Sars-CoV-2, seguindo orientações da Portaria do Gabinete do Ministério da Saúde nº 188, de 03 de fevereiro de 2020 (Brasil, 2020a). A Organização Mundial de Saúde (OMS) reconheceu a partir de 11 de março de 2020 a situação pandêmica provocada pela doença designada como Covid-19 (OMS, 2020). Centros de pesquisa e inovação foram mobilizados por organizações multilaterais e mecanismos interinstitucionais – a exemplo da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e OMS – buscando desenvolver uma nova tecnologia, através do processo de imunização, reduzindo as elevadas taxas de mortalidade (Couto *et al.*, 2021). Nesse cenário, atuava na organização da oferta de exames de teste rápido de sorologia Imunoglobulina G e Imunoglobulina M por punção digital. O exame tinha como objetivo avaliar quem já teve contato com o vírus a fim de orientar ao isolamento social.

Com a aprovação da vacina da Covid-19, o processo de preparação para imunização contra a Covid-19 e o vírus da influenza, foi possível constatar alguns desafios para garantir a padronização de procedimentos entre todas as equipes nas unidades da APS, bem como, nas

---

<sup>2</sup> Segundo a Portaria nº 397, de 16 de março de 2020, os estabelecimentos de saúde que ofertem ações e serviços de Atenção Primária à Saúde são: Unidade Básica de Saúde e Unidade de Saúde da Família. Diante da definição, e do município de Maricá possuir em sua totalidade USF, o termo será adotado no restante do trabalho (Brasil, 2020b).

vacinações extramuros, realizadas em domicílios, postos de vacinação externos e nos drives de vacinação ambulantes. A constatação de problemas relacionados a esse processo fomentou uma iniciativa pela equipe de sanitарistas para construir o primeiro Procedimento Operacional Padrão (POP), descrevendo como deveria ser realizado o passo-a-passo de todas as ações do procedimento de vacinação. O objetivo principal era estabelecer uma padronização do manejo da caixa térmica com as vacinas, sendo necessário fornecer uma atualização dos profissionais de enfermagem sobre a produção de resposta imunológica, ressaltando a importância das boas práticas em todo o processo de vacinação e cuidados referentes à rede de frio.

No final do primeiro semestre de 2021, a mesma equipe de sanitарistas – composta por quatro pessoas – mudou de função, alterando a hierarquia da Vigilância em Saúde para Coordenação da Atenção Primária. A mudança ocorreu com a substituição da coordenadora, dando enfoque no trabalho na APS, em que os sanitарistas passaram a apoiar as USF's no âmbito da gestão.

A nova conformação permitiu que a equipe constatasse novas áreas com problemas de padronização de processos, nas quais havia a possibilidade de gerar riscos<sup>3</sup> na assistência ao paciente. A experiência particular com a discussão e padronização de processos na APS é o movimento que impulsiona a pesquisa. Consciente dos diferentes desafios na área de Recursos Humanos para o exercício profissional no SUS, a construção, aplicação e gerenciamento de processos através da institucionalização do Manual de Procedimentos, pode vir a minimizar os riscos na assistência direta ao paciente. É com esta perspectiva que discuti e apresentei este projeto.

---

<sup>3</sup> Probabilidade de um incidente ocorrer (Brasil, 2014).



## INTRODUÇÃO

Na área da saúde, o trabalho ocorre em unidades com portes e ofertas de serviços diferentes, para a execução de procedimentos, demandando o uso e manuseio adequado de recursos para o trabalho. Além da diversidade, a saúde exerce o papel primordial de cuidado de pessoas, sendo considerado, portanto, um trabalho complexo que exige competências adequadas (Pereira *et al.*, 2017).

Para alcançar resultados satisfatórios nas ações em saúde, os profissionais são influenciados pela necessidade de constante qualificação, tendências de um mercado conformado pela incorporação de novas tecnologias, exigindo, de forma crescente, que os processos tenham certo grau de qualidade, sendo seguros e racionais. A definição do que e como fazer, os riscos sanitários relativos ao trabalho, o emprego de tecnologias e a necessidade de mensuração dos resultados justificam a padronização de procedimentos para garantir a segurança das ações realizadas (Oliveira; Silva; Leite, 2018).

O uso da padronização de procedimentos é relacionado com a própria expansão da Revolução Industrial, quando se buscou a substituição da atividade profissional humana, sujeita a erro, por máquinas que pudessem executar os processos de forma uniforme com consequente diminuição de defeitos e prejuízos econômicos (Guerrero; Beccaria; Trevizan, 2008). Na área de saúde, na qual não é possível substituir a ação humana, a preocupação com o risco provocado por falha de processos, o monitoramento e prevenção de erros não é recente, porém, vem sendo disseminada nos serviços desde a publicação de políticas específicas que almejam a reflexão sobre o impacto do erro na efetivação das ações, com repercussão para o paciente e as organizações de saúde, exigindo diretrizes e ações para a gestão do risco (Brasil, 2014).

A reflexão sobre segurança do paciente e gestão de risco em saúde é uma apreensão e objeto de construção do corpo de conhecimento científico, ao longo dos tempos, com diversas publicações e entidades construindo o debate neste campo. No Brasil, destacamos, neste sentido, o papel da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS), que promovem ações e políticas a partir da publicação do Programa Nacional de Segurança do Paciente (PSNSP) (Brasil, 2014).

O exercício sobre a vigilância de produtos e serviços é de responsabilidade da ANVISA, que, desde sua criação em 1999, vem conformando em torno da agência o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, executado por instituições da administração pública direta e

indireta da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios, que exerçam atividades de regulação, normatização, controle e fiscalização na área da Vigilância Sanitária (Brasil, 1998).

A ANVISA (2018) considera o gerenciamento de riscos como a aplicação sistêmica e contínua de políticas, procedimentos, condutas e recursos na avaliação de riscos e eventos adversos que afetam a segurança, a saúde humana, a integridade profissional, o meio ambiente e a instituição. Para que seja eficaz, o processo de gestão de risco deve abranger planejamento, organização, direção e controle dos recursos humanos e materiais de uma organização, visando reduzir, consideravelmente, os efeitos dos riscos sobre tal.

O mesmo entendimento se configura à segurança e à qualidade nos serviços de saúde, com destaque no século XXI, não somente devido ao investimento científico referente a essas temáticas, como, também, ao sistema de notificação e acompanhamento de eventos relacionados ao risco sanitário<sup>4</sup>. Atualmente, o movimento e as iniciativas por segurança e qualidade nos serviços e assistência à saúde têm ganhado ênfase à nível mundial (Pereira *et al.*, 2017).

As discussões referentes à segurança do paciente na APS, ainda que incipiente no Brasil, vêm se expandindo à nível mundial, em diversos países desenvolvidos e organizações da área. No entanto, a gestão de risco na APS pode ser considerada como desafio global, visto que existe pouco investimento na prevenção e nas consequências dos eventos adversos sobre os usuários destes serviços de saúde no Brasil e no mundo (Santos; Silva; Costa, 2017).

Desde a declaração de Alma-Ata, em 1978, se reconhece que a APS deve ser o primeiro serviço de contato dos pacientes e ordenadora do sistema de saúde, por meio da assistência mais próxima, tanto de médicos como de uma equipe multiprofissional. A partir disso, ampliam-se os procedimentos de saúde realizados neste nível de atenção, tornando indispensável a criação de estratégias para reduzir os incidentes relacionados ao cuidado prestado aos pacientes (Santos; Silva; Costa, 2017).

Em 2012, a OMS, preocupada com as questões acerca da segurança e prevenção de danos e eventos adversos aos pacientes nos serviços de saúde e ponderando a necessidade de disseminação de ações e procedimentos na APS, formou um grupo de estudo com objetivo de conhecer os métodos adotados na segurança do paciente na atenção primária. Os resultados mostraram que os métodos de segurança ainda eram rudimentares, quando comparados com os dados no ambiente hospitalar. Considerando estes resultados, a organização recomendou

---

<sup>4</sup> “O risco sanitário é a propriedade que tem uma atividade, serviço ou substância, de produzir efeitos nocivos ou prejudiciais à saúde humana” (Brasil, 2014, p.11).

pesquisas e intervenções sobre o tema nas agendas do sistema de saúde de todos os países, objetivando oportunidades de melhoria da segurança do paciente (Organização Pan-Americana da Saúde, 2011).

No Brasil, a organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS) compreende a atenção primária, média e de alta complexidade. Nesta estruturação, atenção primária à saúde, em sua maior parte no modelo da Estratégia de Saúde da Família (ESF), é representada pelas Unidades de Saúde da Família (USF), o primeiro serviço de atendimento aos pacientes no SUS, segundo a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (Brasil, 2017).

Ponderando que o cuidado em saúde é resultado de um sistema e que a segurança do paciente deve ser um dos alicerces que orientam as ações nos serviços de saúde, torna-se primordial a melhoria da qualidade da assistência em saúde e segurança do paciente, alcançando a redução de eventos adversos<sup>5</sup> (EA) nesses ambientes (Organização Pan-Americana da Saúde, 2011).

Por conseguinte, é determinante que as práticas profissionais sejam direcionadas por evidências científicas seguras. De tal modo, a padronização da assistência, por meio da implementação de protocolos, surge como importante ferramenta no âmbito da segurança do paciente. Compreende-se, portanto, os protocolos como uma importante ferramenta gerencial no âmbito da saúde, pois apresentam-se como uma estratégia que tem potencial na prevenção e redução de riscos e danos nos serviços de saúde e, no que diz respeito à qualidade da assistência à saúde prestada, é um dos indicadores que tem grande impacto correspondente à segurança do cuidado (Pereira *et al.*, 2017).

Paladini (2010) afirma que padronização é como uma atividade que dá origem a soluções para aplicação repetitiva a problemas em várias disciplinas, como também na área da ciência, e tensiona alcançar o melhor nível dentro de um contexto específico. Geralmente, a atividade consiste no processo de estabelecer – analisar, determinar, formular – e implementar padrões. Portanto, a busca por padrões é o resultado de uma constante atividade de análise e monitoramento, dentro do contexto de uma cultura de qualidade, conformando documentos e outros instrumentos construídos pelos sistemas de qualidade estabelecidos pelas organizações.

Os Procedimentos Operacionais Padrão (POP) representam a descrição sistematizada e detalhada das rotinas a serem adotadas pelos profissionais da área de gestão de processos.

---

<sup>5</sup> Evento Adverso, segundo a ANVISA (Brasil, 2014), é “o incidente que resulta em dano para o paciente”. Porém, de acordo com a *Joint Commission International* (JCI, 2011), evento adverso é “ocorrência imprevista, indesejável ou potencialmente perigosa na instituição de saúde”. Neste trabalho será adotado conceito da ANVISA.

Logo, os POP's constituem uma importante ferramenta de gestão, indispensável no cenário do planejamento e no âmbito de processos de certificação e acreditação das organizações, contribuindo para assegurar boas práticas de gestão dos processos (Moller, 2019).

A elaboração e a utilização do POP, possibilita a execução de atividades padronizadas, minimizando a ocorrência de desvios na execução de tarefas fundamentais para o processo de trabalho, devendo ser estruturado com base em evidências científicas. Destarte, o POP é uma ferramenta que pode contribuir com a qualificação na formação de recursos humanos, quando do treinamento dos profissionais, pois sistematiza, de acordo com a literatura atual, todas as atividades a serem executadas no processo, possibilitando cientificidade e confiança à assistência prestada (Oliveira; Silva; Leite, 2018; Pereira *et al.*, 2017).

No dia a dia das organizações de saúde é imprescindível a revisão de práticas, processos e protocolos assistenciais visando a garantia da qualidade e da segurança para pacientes e colaboradores que trabalham nas unidades (Oliveira; Silva; Leite, 2018). Mediante a complexidade da APS, seu impacto na vida do paciente e resolução da ampla maioria dos problemas de saúde, o município de Maricá vem realizando investimentos na qualificação das ações de saúde, objetivando oferecer segurança ao paciente e ao profissional de saúde na execução das atividades diárias.

Perante o exposto, o presente trabalho justifica-se por evidenciar a importância do Manual de Procedimentos Operacionais Padrão como instrumento da Gestão da Atenção Primária, favorecendo a segurança dos usuários e respaldando dos profissionais de saúde.

Além disso, o trabalho se justifica por buscar incentivar gestores para construção de procedimentos padronizados baseados à luz da literatura e adequados a sua realidade local, enfatizando a relevância do documento para realização de atividades de forma correta, com baixo custo de construção, fácil realização, buscando certa eficiência e eficácia<sup>6</sup> no que tange à redução de riscos.

O trabalho prossegue com a apresentação dos objetivos que orientaram esta pesquisa e, posteriormente, a revisão da literatura que serviu de apoio nas reflexões das experiências relatadas na pesquisa. No primeiro item, discutimos sobre a rede de atenção à saúde, a importância da APS e os principais desafios relacionados com práticas seguras neste âmbito de atuação relatados pela literatura e que devem ser enfrentados pela gestão do SUS. Na sequência, abordamos a temática Gestão de Risco e sua relação com a Segurança do Paciente,

---

<sup>6</sup> Eficiência: utilização dos recursos disponíveis da melhor maneira possível, no menor tempo possível e com menor custo, evitando “desperdícios”. Eficácia: por meio das ações produzidas, alcançar os melhores resultados possíveis, principalmente em relação à cobertura (número de pessoas atendidas) e à concentração (número de ações oferecidas a cada pessoa) (Pereira, 1995).

à nível mundial e do país e como as emergências sanitárias interferem na organização dos sistemas de saúde e na segurança do paciente.

## **1 OBJETIVOS**

### **1.1 Geral**

Descrever o processo de construção da primeira versão do Manual de Procedimentos Operacionais Padrão desenvolvido pela Secretaria Municipal de Saúde de Maricá ocorrido entre os anos de 2020 e 2022.

### **1.2 Específicos:**

- a) relatar e discutir os processos assistenciais que foram objeto da padronização de Procedimentos Operacionais Padrão na APS de Maricá em cada contexto de desenvolvimento e efetiva criação;
- b) descrever os principais responsáveis envolvidos na construção dos Procedimentos Operacionais Padrão e os critérios utilizados para publicização do Manual.

## 2 REVISÃO DE LITERATURA

### 2.1 Rede de Atenção à Saúde e a Atenção Primária

A organização da saúde em redes regionalizadas se tornou o princípio pelo qual as discussões sobre a reforma do sistema brasileiro balizavam-se e engendrou parte do conhecimento usado no planejamento em saúde. Para tal, foram utilizados como referência a experiência vivida pelos países que investiram na construção de sistemas universais e a literatura internacional (Knuschir; Chorny, 2010).

O objetivo fundamental da Redes de Atenção à Saúde (RAS) “é prestar atenção integral, de qualidade e resolutiva, que atenda às reais necessidades da população, tendo em vista a atual situação epidemiológica e demográfica do País, que vem se dando de forma acelerada, com predominância das condições crônicas” (Brasil, 2015, p.8).

Porém, ao se observar o desenvolvimento de sistemas nacionais de saúde à nível global, verificam-se as mais diversas formas de iniciativas estabelecidas, algumas em sua concepção literal e outras em frações. Um dos primeiros documentos considerados como conceito-chave, o Relatório Dawson, foi elaborado pelo Ministério de Saúde do Reino Unido, no ano de 1920. O relatório utiliza o conceito de Atenção Primária à Saúde (APS) em uma perspectiva de organização sistêmica regionalizada e hierarquizada de serviços de saúde, estabelecendo relação com o nível de complexidade e base geográfica definida. As concepções desse documento influíram para a criação do sistema nacional de saúde britânico em 1948, que em contrapartida orientou vários países do mundo na reorganização dos sistemas universais de saúde. Outro marco histórico da atenção primária à saúde é a Declaração de Alma-Ata, ocorrida em 1978, onde se realizou a “Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde” (Lavras, 2011).

No Brasil, ao longo da década de noventa, na evolução do processo de descentralização, a instituição de redes deixou de ser o foco central em torno do qual se organizava a construção de serviços, retornando ao cerne do debate somente após a publicação da Norma Operacional da Assistência à Saúde no ano 2000 e, particularmente em 2006, com o Pacto pela Saúde. A partir de então, a proposta de organização de redes tem assumido diferentes significados e utilizada de forma distinta por diferentes atores. Especificamente em seu recorte de organização de serviços de saúde, na literatura e na

experiência internacional, apresenta-se uma vertente centrada no “campo do cuidado integrado” (Knuschir; Chorny, 2010).

No Brasil, desde o surgimento dos Centros de Saúde Escola nos anos 1920 até o momento, vislumbramos diversas tentativas de se organizar a APS. Houve múltiplas modelagens da APS, com diferenças entre as regiões do país, em função de interesses e concepções bastante distintas (Lavras, 2011). Em 1994, após avaliação positiva do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), o Ministério da Saúde (MS) assume a Estratégia da Saúde da Família (ESF) como a estratégia de atenção à saúde basilar do SUS ao propor a implantação do Programa de Saúde da Família (PSF). Já em 2006, no contexto do Pacto pela Saúde, foi lançada a PNAB, expandindo os objetivos e reafirmando a ESF como estratégia prioritária e reorientação do modelo assistencial que foi revogada pela Portaria GM/MS nº 2.488 de 2011 (Brasil, 2006).

Em 2008, a OMS elabora documento intitulado “Cuidados de saúde primários: agora mais do nunca”, no qual aponta a saúde da família como principal estratégia de reorganização dos sistemas de saúde mediante os novos problemas e determinantes de saúde. Neste momento, a APS é projetada como ordenadora, coordenadora ou gestora do cuidado de saúde, a partir, não mais da diretriz da hierarquização dos serviços, mas da posição de centralidade que lhe é conferida na constituição de redes de cuidado (Cecilio *et al.*, 2012).

A primeira edição PNAB data de 2006, com a segunda edição em 2011 e a terceira em 2017. A primeira edição da PNAB, como citado anteriormente, ampliou o escopo e a concepção da APS ao incorporar os atributos da atenção primária à saúde abrangente, reconhecendo a Saúde da Família como modelo substitutivo e de reorganização da Atenção Básica (AB)<sup>7</sup>. Além disso, revisou as funções das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e reconheceu a existência de diferentes modalidades segundo o modelo de organização predominante (Melo *et al.*, 2018).

Em 2011, iniciou-se um processo de revisão da PNAB, visando, em sua maior parte, responder à incorporação e ampliação das Equipes de Saúde Bucal e pela criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). A segunda versão da PNAB, em 2011, apresentou propostas inovadoras como o Requalifica UBS (reformas, ampliações, construções e informatização), o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ) e o Programa Mais Médicos (PMM). Nesse período também foi criada a estratégia Sistema Único de Saúde da Atenção Básica (e-SUS AB), incluindo a oferta de prontuário eletrônico gratuito para os

---

<sup>7</sup> Neste trabalho, compreende-se a equivalência dos termos atenção primária à saúde e atenção básica, conforme referido na PNAB (Brasil, 2017).



municípios. Foram inseridas também diferentes modalidades de equipes como consultório na rua, ribeirinha e fluvial. Para dar suporte financeiro, observou-se incremento no orçamento federal da AB, notadamente no Piso da Atenção Básica (PAB) variável e em recursos de investimento (Melo *et al.*, 2018).

De acordo com Barbara Starfield (2002), pesquisadora de renome na atenção primária à saúde, a APS é o primeiro contato da assistência longitudinal centrada na pessoa, de forma a satisfazer suas necessidades de saúde, que deve referenciar os casos de difícil manejo e que exigem atenção mais especializada, conforme estabelecido pela rede de cuidados. Ainda, a autora sugere os seguintes atributos para as práticas da atenção primária: primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação.

Para isso, quando se trata do acesso da população aos serviços de saúde, a APS tem sido pensada, tanto como a porta de entrada do sistema, como o primeiro nível de contato da população com o sistema, aquele mais próximo às famílias e à comunidade (Cecilio *et al.*, 2012).

Neste sentido, para que a RAS cumpra seu papel, é imprescindível que a APS esteja organizada, coordenando o cuidado, responsável pelo fluxo do usuário na Rede de Atenção à Saúde, quando for necessário receber assistência em outros níveis de atenção (Brasil, 2015).

São notáveis os avanços na organização da APS no Brasil, porém, desde o início do processo de desenvolvimento do SUS, se reconhece grandes entraves há serem superados para que a Política seja efetivada como organizadora do sistema e coordenadora do cuidado em saúde (Melo *et al.*, 2018).

A crise dos sistemas de atenção à saúde reflete a divergência entre uma situação epidemiológica em sua maior parte determinada por condições crônicas e um sistema de atenção à saúde destinado a responder às condições agudas e aos quadros de agudizações de condições crônicas, de forma segmentada, eventual e reativa. Esse panorama não gerou resultados esperados nos países desenvolvidos, como também no SUS (Brasil, 2015).

Apesar de todos os esforços empenhados, se reconhece que o compromisso posto na APS, de tornar os sistemas de saúde uma conformação mais racional, integrada e equitativa, funcionando sempre como sua porta de entrada, ou, pelo menos, porta preferencial para o conjunto dos serviços de saúde, evidencia-se nunca ter sido plenamente alcançado (Cecilio *et al.*, 2012).

Os sistemas fragmentados de atenção à saúde acabam por se desorganizar, expressando-se por meio de um conjunto de pontos de atenção à saúde, isolados e sem comunicação e, por conseguinte, não são capazes de prestar uma atenção contínua à

população (Brasil, 2015). Em face do exposto, a instrumentalização e fortalecimento da APS são fundamentais para garantia de atendimento integral e resolutivo e a seguir abordaremos a atenção primária à saúde, seus processos e práticas.

### 2.1.1 Atenção primária à saúde, processos e prática

O processo de trabalho em saúde é apreendido como decorrência da reunião de processos pelos quais trabalhadores utilizam-se de meios de produção sobre algum objeto para, alterando-o, alcançarem determinado resultado traçado. No âmbito da APS, os ACS, técnicos de enfermagem, enfermeiros e médicos compõem o conjunto dos agentes (profissionais de saúde); o objeto de trabalho (representa o que o trabalhador pretende transformar, referindo-se, nesta investigação, às condições de saúde) trata-se das condições ou necessidades sociais, econômicas e sanitárias em saúde da comunidade e indivíduos; os meios de produção são o aglutinado de conhecimentos, habilidades e/ou equipamentos em geral e o objetivo (o que se pretende alcançar — no caso, cuidado integral) é a previsão de resultados satisfatórios as necessidades, de acordo com a sociedade e período de tempo (Maciel, 2020; Marques *et al.*, 2020).

Logo, o trabalho na área da saúde é orientado por modelos de oferta de serviços nos diferentes âmbitos e realidades, determinando assim as atividades, as técnicas e os instrumentos que podem ser empregados em cada profissão. Além disso, na APS, o trabalho em equipe é a premissa para viabilizar resposta adequada às necessidades dos pacientes e não se limita a um grupo de unidades profissionais, mas presume uma equipe que trabalhe objetivando o coletivo, amparado no diálogo, valorização e reconhecimento da função do outro e do seu trabalho. A existência de equipes interdisciplinares e interprofissionais por si só não assegura a resolução definitiva de problemas, mas espera-se que possa colaborar para suplantação do trabalho fragmentado e do modelo biomédico, favorecendo a integralidade do trabalho coletivo e qualificação profissional, visando cuidado efetivo (Melo *et al.*, 2022).

Entre as peculiaridades dos processos de trabalho na prestação de serviços, destaca-se uma característica que é exclusiva ao trabalho em saúde: o paciente é o objeto no processo de trabalho, mas é também um agente. Isso porque é em sua vida que as alterações buscadas irão ou não ocorrer. Em vista disso, é evidente que ele deve estar ativamente envolvido para que elas ocorram, por exemplo, concedendo informações ou executando recomendações que

implicam, em sua maioria, mudanças de hábitos de vida. Ou seja, o objeto da ação também age (Faria *et al.*, 2009).

Na prática clínica do serviço de saúde, as prescrições e orientações dos profissionais de saúde sempre estarão sobre análise do paciente, que, por sua vez, tomará a decisão final de adotar ou não o que foi estipulado. Podemos dizer que este fato é desprezível em urgências e emergências e essencial na APS; logo, menos presente nas doenças e eventos agudos, sendo determinante no acompanhamento de casos crônicos; pouco relevante quando a abordagem clínica se restringe ao aspecto biológico e a terapêutica se restringe à intervenção farmacológica ou cirúrgica; importante quando se consideram aspectos psicossociais (inclusive comportamentais) na abordagem do problema detectado e na construção e efetivação do plano terapêutico singular (Faria *et al.*, 2009).

No estudo de Melo *et al.* (2022), evidenciou-se que o trabalho colaborativo beneficia o trabalho em equipe efetivo, baseado na atuação grupal para buscar objetivos comuns. Assim sendo, para que o trabalho em equipe em toda sua proporção de colaboração e de prática interprofissional ocorra, estima-se interdependência de ações, tomada de decisões compartilhadas, respeito mútuo e valorização/reconhecimento das distintas profissões. Trata-se de estratégias para organização dos serviços, levando em consideração que a complexidade da assistência em saúde na APS exige integração de saberes e práticas de diversos profissionais e para isso é preciso que os agentes estejam alinhados no panorama de um trabalho coletivo, pois quando profissionais se apoiam uns nos outros, olhando para além de sua profissão, trazem, por consequência, a fluidez do trabalho e viabilizam a conquista de objetivos comuns ao trabalho em saúde (Melo *et al.*, 2022).

No entanto, no dia a dia, os resultados mostram que ainda é frequente a falta de colaboração, o que provoca sobrecarga de trabalho e implica no comprometimento do trabalho em equipe. Alguns fatores intervêm na colaboração, como rotinas, diferentes personalidades profissionais, hierarquia e limitações de tempo. Recursos como comunicação, diálogo e entrosamento dos profissionais são essenciais e caracterizados como facilitadores para o trabalho em equipe, por isso devem ser estimulados na ótica da gestão municipal de saúde, pelos profissionais da APS. Em contrapartida, instrumentos não materiais como comunicação inadequada, dificuldade de valorização do outro e conflitos pessoais são observados como pontos dificultadores. Outros pontos que impactam diretamente o trabalho em equipe são a formação profissional recente ou não, perfil profissional e formação de nível superior em saúde dos gerentes de serviços de saúde. Nessa perspectiva, a boa comunicação é

fundamental para evitar conflitos e erros, reverberando diretamente na segurança do paciente (Maciel *et al.*, 2020; Marques *et al.*, 2020).

Um dos facilitadores do trabalho em equipe na ESF é o reconhecimento das potencialidades do outro, favorecendo as relações interprofissionais. Sendo assim, o reconhecimento do trabalho e das potencialidades do outro levam a maior motivação e satisfação no trabalho, estimulando o profissional a buscar aprimoramento e ter maior proatividade. No intuito de facilitar o trabalho em equipe, destacam-se como propostas a realização de reuniões, capacitações e aproximação entre gestão municipal de saúde e profissionais da APS (Soratto *et al.*, 2020).

A importância de capacitações é salientada em estudos como também nas próprias políticas públicas de saúde, ao qual prevê que as equipes de profissionais da APS as realizem. Com isso todos os profissionais da equipe possuirão as mesmas informações para compartilhar com os pacientes, possibilitando abordar temas associados às relações e assistência, ordenando o serviço (Melo *et al.*, 2022).

Nos próximos itens, discutiremos outros aspectos relacionados com a gestão do trabalho na APS.

### 2.1.2 Gestão do trabalho na atenção primária

O gestor, em especial da esfera municipal, vive permeado em um regime de regulação governamental que experimenta a demanda exponencial da sociedade pelo consumo dos serviços de saúde e uma RAS que não cresce com a mesma agilidade, principalmente devido às restrições financeiras e por outros aspectos político-administrativos. Concomitantemente, o gestor se afasta do espaço da micropolítica do processo de trabalho em saúde, tornando invisíveis as redes e fluxos produzidos por trabalhadores e pacientes, aos quais, por fundamento, possuem enorme capacidade na organização das redes vivas em saúde (Galavote *et al.*, 2016).

O estudo de Magalhães e Duarte (2004) ratifica que as RAS sofrem grande impacto pelo acesso ampliado na APS sem clareza dos fluxos entre os serviços, principalmente com o desenvolvimento das normas de organização do SUS e o processo de descentralização para a gestão municipal, iniciado a partir da década de 1990, época da construção das políticas públicas da área e pós-reforma sanitária.

Diante disso, a necessidade de inovação dos processos de gestão tornou-se iminente e, na perspectiva do gestor, está relacionada a uma aposta na organização dos processos de trabalho na APS e também na efetivação da gestão compartilhada, por meio da normatização do trabalho à exemplo da elaboração de protocolos, definição de metas e avaliação de resultados e, ao mesmo tempo, através do fomento de espaços coletivos de diálogo e tomada de decisão que sensibilizem o profissional para atingir os objetivos estabelecidos (Galavote *et al.*, 2016).

Galavote *et al.* (2016) identificaram, segundo os gestores entrevistados em seu estudo, que inovar implicava mobilizar os trabalhadores assentando-os como figura política central, o que garante ao gestor formal a decisão final e definição dos rumos, considerando que as equipes dispõem de pouca gerência em relação ao planejamento de metas e indicadores.

Assim sendo, esta caracterização apresenta-se como grande obstáculo na efetivação da capacidade do trabalhador em fazer parte da inovação dos modos de produção da gestão do trabalho, através da democratização da tomada de decisão. Cabe uma mudança de paradigma, na qual o profissional deixa de ser caracterizado como um simples recurso humano, para ser pensado como um trabalhador operante, que é gestor trabalho que desenvolve, admitindo que, neste momento, é o profissional que lidera e debate a condução das ações e projetos com os aparatos disponíveis (Iglesias *et al.*, 2022).

Para a gestão do trabalho, é imprescindível que o gestor reconheça a decisão compartilhada como importante, corroborando que o trabalhador precisa estar envolvido na elaboração de práticas que tenham significado para ele. Possuem impacto no território da gestão formal do trabalho, como também no da gestão do cuidado, o espaço da escuta e da fala compartilhados no cotidiano dos serviços de saúde, permitindo o compartilhamento de olhares e dizeres que são capazes de impulsionar a proposição de mudanças práticas (Galavote *et al.*, 2016).

Campos (2007, p. 235, grifos do autor) reconhece a

[...] gestão compartilhada como a gestão colegiada dos serviços de saúde, a cogestão, que se alude a participação de todos os agentes, referindo-se aos gestores ou trabalhadores assistenciais, na construção de variadas formas de gerir e estruturar os serviços por meio de contratos de gestão, conseqüentemente comportando-se como um *dispositivo desalienante*.

De acordo com Coêlho (2015, p. 53), “a cogestão experimentada na atenção básica, além da necessidade de encontros coletivos, fundou-se na construção dos dispositivos e concretização da clínica compartilhada”, a qual admite a interpretação de um modo de

coordenar os processos de trabalho com execução extensiva e ampliada nos determinantes do processo saúde-doença, com a construção de projetos terapêuticos singulares. À vista disso, a cogestão exhibe-se como uma forma de administrar que envolve o pensar e o fazer coletivo com vistas à democratização das relações na área da saúde.

Alguns autores dissertam sobre a existência concomitante de propostas discordantes no contexto da gestão do SUS: por um ângulo acredita-se em efetivar melhorias ao modelo tradicional e, por outro, a aspiração em instituir um modelo novo de atenção e gestão, respaldado na cogestão e na humanização (Arcari *et al.*, 2020; Iglesias *et al.*, 2022). Essa discussão corrobora os desafios trazidos por alguns autores (Arcari *et al.*, 2020; Galavote *et al.*, 2016; Scherer; Pires; Schwartz, 2009), os quais indicam o modelo hegemônico, centrado no médico e na doença, como obstáculos para a gestão compartilhada.

O modelo biomédico caracteriza-se, justamente, “pela explicação unicausal da doença, pelo biologicismo, fragmentação, mecanicismo, nosocentrismo, recuperação e reabilitação, tecnicismo, especialização” (Cutolo, 2006, p. 16). Nesta perspectiva, o paciente é passivo e padronizado em sua doença. Esse raciocínio de trabalho, como explicitado na classe “Cotidiano dos Serviços”, pode beneficiar, a exemplo, a hierarquização dentro dos serviços entre os níveis de formação; o gerencialismo, que afasta o planejador do executor; a desagregação do trabalho e a procura por assistência rápida (Cutolo, 2006).

A esse distanciamento atribui-se às relações entre os próprios trabalhadores, entre os trabalhadores e gestores e entre trabalhadores e pacientes. É necessário que os agentes se relacionem e compreendam que em conjunto formam um só sistema. Deste modo, a organização da gerência interfere no processo de trabalho dos serviços de saúde, assim como o desenvolvimento dos serviços de saúde interferem no trabalho da gerência. Sendo assim, a criação de espaços frequentes de contato destes agentes para que haja o compartilhamento das experiências, tal como do embasamento teórico-prático que se busca seguir para orientar o trabalho na ponta (Franco; Merhy, 2004).

Espera-se, então, que ocorram mudanças dos dois lados, ou seja, tanto gestão quanto serviços vislumbrarem por outros pontos de vista e exprimirem seus planejamentos com base das demandas do território, o que para essa finalidade, presume-se, também, que se estabeleça uma proximidade da comunidade e paciente. Aponta-se como primordial na organização do cuidado o território, compreendido como dinâmico, vivo, de inter-relações. Tais ações podem favorecer a reestruturação da gestão, muitas vezes divididas em áreas técnicas, que se expressam em demandas desagregadas aos serviços (Lima; Yasui, 2014).

Destaca-se como fator limitador a comunicação inadequada entre a gestão municipal de saúde e as equipes da ESF, comprometendo intensamente o trabalho e dificultando a relação, provocando uma enorme distância entre os serviços que compõe a rede, impactando a finalidade do trabalho e gerando diversos transtornos e conflitos. Observa-se que a comunicação se restringe à procedimentos técnicos e ao cunho pessoal, perpetuando desgastes nas relações e causando estresse, falta de cooperação e, assim, originadores de sofrimento (Melo *et al.*, 2022).

Desenvolver a gestão do trabalho em um contexto de sequestro de recursos públicos, enfraquecimento do papel estatal e exploração da classe trabalhadora é um desafio, como será abordado no tema da precarização do trabalho no SUS, centralmente na APS e na gestão dos serviços relacionados.

### 2.1.3 Atenção primária à saúde e os desafios da precarização do trabalho

A política de saúde no Brasil é reflexo de um processo histórico, político, social e econômico que possibilita a compreensão acerca da construção do SUS. Dentre as transformações e conquistas na sociedade brasileira, pode-se destacar o movimento de Reforma Sanitária iniciado na década de 1970, o qual defendia o acesso universal e igualitário às ações e aos serviços de saúde públicos e 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986), marco na história das conferências e para a saúde pública no Brasil (Sousa *et al.*, 2017).

A saúde como um direito universal e igualitário sempre esteve em discussão e, apesar da resistência do movimento de Reforma Sanitária referente a inserção do atendimento privado, a Lei Orgânica da Saúde nº 8.080/1990 (Brasil, 1990) explicita no artigo 21 que a assistência à saúde é livre à iniciativa privada. Sendo assim, o projeto neoliberal em curso vem em desencontro do princípio da universalidade dos direitos sociais, haja vista que encontra suporte jurídico para a ampliação da privatização na saúde, corroborando com a redução de investimento no setor público e ampliando a precarização dos serviços de saúde (Sousa *et al.*, 2017).

Medidas adotadas recentemente, como a Emenda Constitucional (EC) 95/2016 e a reformulação da PNAB/2017, apontam que se aprofunda a consolidação do Estado neoliberal, iniciado na década de 1990, com consequências diretas nos setores fundamentais como a saúde e educação. A EC nº 95 instituiu o Novo Regime Fiscal, fixando, por 20 anos, as

despesas primárias do setor público com base na inflação anterior, acarretando redução progressiva dos recursos para o SUS. A proposição da nova PNAB estabeleceu o financiamento para outros modelos de organização da APS sem equipes multiprofissionais e ACSs, o que na prática revoga a Estratégia Saúde da Família como modelo assistencial prioritário no âmbito do SUS. Além disso, pode-se citar as modificações nos direitos trabalhistas com a aprovação da Lei 13.467/2017, que admite concessões ao regime de contratação regulado pela Consolidação das Leis do Trabalho, tais como parcelamento de férias, flexibilização da jornada de trabalho, prevalência do acordado em detrimento do legislado, dentre outros pontos (Rodrigues *et al.*, 2018).

À vista disso, o trabalho na área da saúde no Brasil sofre as influências das mudanças políticas e econômicas ocorridas no país, com reflexos na regulação e organização dos processos de trabalho. Um processo que se insere em uma dinâmica combinada de reestruturação produtiva, mundialização do capital e desmonte do modelo de Estado provedor através do avanço das políticas neoliberais (Druck; Franco, 2008).

A precarização, conceito amplo que se relaciona diretamente com as relações de trabalho, tem sido usada no sentido de piora das condições de trabalho, independente dos motivos, como diminuição dos postos, redução dos direitos e aumento do trabalho informal, temporário, intermitente, entre outros (Lazzareschi, 2015). A precarização, desta forma inclui a flexibilização, terceirização e até a quarteirização, pode-se afirmar que a flexibilização pode ser entendida como uma reunião de medidas que visam adaptar ou extinguir direitos trabalhistas de acordo com a realidade econômica e produtiva, e a terceirização, cuja definição é a de transferência de parte do processo produtivo de uma organização para outra (Filgueiras; Cavalcante, 2015).

Desde seu início, o SUS enfrenta vários problemas para garantir serviços públicos de saúde universais resolutos. Essa precarização dos serviços públicos é verificada de variadas formas, desde grandes vazios assistenciais; insuficiência na infraestrutura, equipamentos e insumos nos serviços presentes; falta de recursos humanos e instabilidade nos vínculos trabalhistas dos trabalhadores, ausência de concursos públicos, terceirizações; até graves problemas de gestão e gerenciamento dos processos (Sousa *et al.*, 2017).

No atual quadro histórico, pode-se afirmar que o Estado aumenta sua presença para retirar direitos sociais e flexibilizar as relações de trabalho, enquanto na mesma proporção ausenta-se de sua função protetora, garantidora e mediadora das relações de trabalho. Nesse sentido, a precarização atinge todos os setores da vida social, esfacelando e destruindo toda e qualquer garantia e solidez até então existente (Organista, 2007).



Com o avanço do neoliberalismo, diversos países realizaram reformas administrativas, políticas e econômicas. Nesse contexto, ocorreram mudanças no modelo de gestão das instituições do Estado, que foram influenciadas por uma agenda pautada na Nova Gestão Pública.

O modelo jurídico das Organizações Sociais de Saúde (OSS) foi criado no contexto de reforma do Estado pela Lei nº 9.637/1998, com regras mais próximas do setor privado e maior flexibilização das relações de trabalho. O poder discricionário das OSS representa a multiplicidade de opções referente às modalidades de recrutamento e seleção, resultando em uma situação de precarização quando causa insegurança aos profissionais. Também são identificadas a nível federal, nesta questão contratual, fragilidade diante da garantia de representação de trabalhadores em órgão deliberativo da OSS (Fonseca *et al.*, 2021).

Trata-se, então, de um modelo que introduziu arranjos alternativos à gestão direta do Estado, aproximados àqueles praticados no setor privado, gerando mudanças nos processos de trabalho dos serviços públicos, igualmente na área da saúde. Ele vem sendo adotado como principal recurso para expansão da terceirização dos serviços, tornando-se uma realidade especialmente nos grandes municípios (Fonseca *et al.*, 2021).

Além disso, diante de um cenário singularizado por desestabilizações econômicas, o emprego das novas tecnologias não tem sido usado de forma a favorecer a carga de trabalho e possibilitar uma maior organização dos trabalhadores, mas em contramão, sendo usada para pressionar por uma maior exigência de tarefas a serem executadas. Esse é mais um aspecto da precarização, flexibilização e terceirização das relações laborais, ou seja: o trabalhador multifuncional. Esta exigência do trabalhador multitarefa gera desgaste físico-emocional que, em última instância, acarreta o afastamento destes por motivo de saúde, também podendo afetar o necessário cuidado para diminuição de riscos. Nesse sentido, vai de encontro aos pressupostos anunciados pela ANVISA e OMS (Sousa *et al.*, 2017).

Outro problema identificado, é a alta rotatividade de profissionais, considerada um dos aspectos críticos para o sucesso da APS, pois pode comprometer a efetividade do serviço, prejudicando a qualidade da assistência e a satisfação do usuário (Giovani; Vieira, 2013).

Esse fator dificulta o vínculo com a população ou, ainda, que o modo de cuidar na APS vá de encontro ao que se passa no imaginário da população, visto que afasta o profissional da comunidade, ao qual já leva o estigma de ocupar o espaço do especialista, caracterizando um sentimento de perda para o atendimento à saúde (Frank *et al.*, 2015).

Nesse cenário de precarização, o debate sobre a construção de um Manual de Procedimentos Operacionais Padrão para ser utilizado como um guia orientador da equipe

assistencial, pode minimizar lacunas da gestão de recursos humanos, com profissionais da linha de frente que não recebem treinamento para assunção de suas funções na rede de saúde. Tampouco, pode ser um instrumento utilizado pela gestão da qualidade, para normatizar e qualificar processos com certo grau de vulnerabilidade e risco, servindo a outros propósitos e finalidades do âmbito da gestão das organizações de saúde. No próximo item, destacamos o papel da educação na formação e gestão de recursos humanos para a APS.

#### 2.1.4 Atenção primária e educação em saúde

O Ministério da Saúde introduziu a Educação Permanente em Saúde (EPS) como uma política de saúde no Brasil através das Portarias nº 198/2004 e nº 1.996/2007, visando alicerçar a formação e o desenvolvimento da competência dos profissionais lotados nos serviços públicos de saúde. As portarias foram construídas com o propósito de transformar as práticas profissionais e a estruturação do trabalho em si, fundamentado nas necessidades e dificuldades do sistema (Ferreira *et al.*, 2019).

Identifica-se a formação em serviço dos profissionais da APS como uma primazia para a melhoria da rotina de trabalho. Porém, para que seu objetivo se efetive, é necessária realização de modo sistematizado e estruturado, contudo ainda se despontam obstáculos para sua concretização, como: rotatividade de profissionais nas equipes; fatores intrínsecos à gestão do trabalho (como vínculos empregatícios); e fatores extrínsecos (como a interferência política na contratação de trabalhadores) (Galavote *et al.*, 2016).

Posto isto, a oferta de EPS se enquadra em uma valiosa ferramenta de incentivo à gestão do trabalho, colaborando para a valorização do trabalhador e de seu trabalho e conseqüentemente para a remodelação do processo de trabalho em saúde, com a apropriação de conhecimentos significativos sobre o cotidiano do trabalho que terão potência de instituir processos de autoanálise e autogestão por parte dos atores no cenário da micropolítica (Galavote *et al.*, 2016).

A prática da EPS tem a potência de produzir diferentes efeitos no espaço da APS, como: permitir que o trabalhador possa refletir criticamente, sobre os processos e ações desenvolvidos no ambiente organizacional, problematizando sobre os mesmos e influenciando na tomada de decisão; consolidação do espaço de diálogo e reflexão de propostas; desterritorialização e construção de coletivos que desejam transformar o modo de produzir

saúde; permite, portanto, a valorização dos trabalhadores no exercício de sua autonomia, buscando produzir oportunidades férteis entre a equipe e os pacientes. A EPS é pujante em aperfeiçoar práticas, gerar mudanças organizacionais, relacionais, interpessoais e aprimorar o processo de trabalho (Feuerwerker, 2014). No entanto, quando não há ou existem reduzidas formas de incentivos para desenvolvimento das habilidades profissionais, pode haver favorecimento da desmotivação dos profissionais e dificuldades para que estes permaneçam na APS (Seidl *et al.*, 2014).

O estudo de Melo *et al.* (2022) destacou a necessidade de aproximação da gestão municipal de saúde com a ESF, bem como um olhar mais específico dessa gestão sobre os profissionais terem emergido como propostas para consolidação do trabalho por meio do investimento em EPS.

Apesar das estratégias e ações com foco na EPS estarem sendo desenvolvidas na APS, muitas dessas iniciativas desenvolvidas para os trabalhadores da saúde partem de uma concepção de educação instrumental com ênfase em ações pontuais, fragmentadas e descontextualizadas com o cotidiano dos serviços, que se aproximam mais ao conceito de Educação Continuada (EC) (Ferreira *et al.*, 2019).

Embora a literatura ratifique a conservação das práticas inclinadas para o modelo tradicional, a evolução do uso de recursos tecnológicos e de práticas reflexivas no próprio dia a dia de trabalho ou que englobem ensino-serviço nas iniciativas de EPS, são considerados relevantes. Tais características têm como intuito produzir uma nova visão pelos trabalhadores de saúde para mudança de sua prática, alterando, assim, seu exercício profissional e a qualificação dos serviços de saúde, o que é quando realmente decorrem as práticas em EPS (Ferreira *et al.*, 2019).

Em face do exposto, verificam-se diversas dificuldades existentes para concretização da proposta da EPS e seu desenvolvimento, como a falta de ferramentas que amparem o gestor a instrumentalizar o apresentado na política, a necessidade de articulação entre os níveis de gestão, a falta de profissionais capacitados e de anuência dos mesmos para as atividades educacionais, a ausência de planejamento pelos gerentes de serviços de saúde, a rotatividade dos profissionais em função do vínculo fragilizado, a pouca participação popular e o desfoco no trabalho coletivo, valorizando processo fragmentado por profissões. São dificuldades que precisam ser enfrentadas e repensadas no sentido de mudanças efetivas (Ferreira *et al.*, 2019).

Segundo estudo de Ferreira *et al.* (2019), para que a EPS, no contexto do SUS, seja legitimada como movimento e política educativa e de que suas práticas e iniciativas sejam

consolidadas pelos trabalhadores da saúde no cenário das práticas na APS no Brasil, é fundamental a compreensão do termo EPS pelos trabalhadores da saúde, da atuação de gestores com os profissionais de saúde, da formação de profissionais capacitados para direcionar essas iniciativas de EPS, bem como da maior articulação entre o serviço e as instituições de ensino e a participação popular.

#### 2.1.5 Atenção primária e vacinação

No Brasil a oferta de vacinas é feita pelo SUS, por meio do Programa Nacional de Imunizações (PNI), ao qual possui reconhecimento internacional. No entanto, garantir o acesso às doses demanda amplo planejamento de produção, armazenamento, distribuição e campanhas de vacinação (Souza *et al.*, 2021b). Cabe salientar que, desde o lançamento do PNI, a organização de todo o processo que envolve a vacinação é de responsabilidade do enfermeiro e da equipe de enfermagem (Martins *et al.*, 2019).

Um desafio necessário as práticas e processos da imunização da população, trata-se do treinamento e da implantação de uma EPS entre todos os envolvidos, desde os que atuam nas salas de vacinação aos planejadores de toda a rede logística, tendo em vista que o processo tecnológico dos imunizantes vem sendo aprimorado de forma constante e muitas vezes demanda um processo específico por marca de fabricante. Considera-se, ainda, a inovação e o aprimoramento tecnológico, bem como as situações cotidianas do trabalho em saúde e as particularidades que advêm do trabalho em equipe que demandam um permanente de reflexão sobre possíveis pontos de risco e segurança do conjunto de ações e serviços ofertados. Uma estratégia para o enfrentamento dos problemas e das dificuldades vivenciadas no cotidiano de trabalho em sala de vacinação e promover conhecimento é incorporar a EPS (Martins *et al.*, 2019).

Na conjuntura pandêmica, o número de salas de vacinação no país representou uma expressiva evolução, dada a premência em garantir imunização ao maior número de pessoas, no menor prazo possível, de acordo com a disponibilidade de imunobiológicos. Ao considerar o número reduzido de doses de vacina contra COVID-19 adquiridas pelo MS, o PNI precisou estabelecer grupos prioritários, a fim de definir a população a ser primeiramente imunizada, seguindo o critério: maior potencial de risco à saúde. Ressalta-se que os dois imunobiológicos disponíveis até então necessitam de duas doses para completar o esquema vacinal. Portanto, o

número de doses aplicadas não traduzia, no início da vacinação, ao número de pessoas imunizadas (Souza *et al.*, 2021b).

Souza *et al.* (2021b) evidenciaram algumas potencialidades para o processo da imunização na APS como a relevância da atuação em equipe, o apoio de outras instituições, maior ânimo da sociedade, os quais repercutiram sentimentos de esperança, motivação e alegria. Também ficou evidente a aplicabilidade de ações inovadoras como o *drive-thru* e o agendamento on-line para vacinação, com resgate de antigas atividades como a busca ativa e a imunização em domicílio, emergindo, assim, encontros na operacionalização da vacinação. Os enfermeiros da APS também refletiram sobre as fragilidades no processo vacinal, em que despontaram desafios como a falta de comunicação efetiva, dificuldades com os registros e na aplicação do imunobiológico, evidenciando escassez de profissionais e de formação específica para atuação na campanha. Ainda destacaram o movimento antivacina e o intenso trabalho diante da realidade de uma campanha longa. Tais fatores fornecem subsídios para a busca de aprimoramento na operacionalização da campanha de vacinação, pois se acredita que será um longo processo, que carece de ajustes em prol da qualificação da assistência à população e do trabalho dos profissionais envolvidos. Para além disso, é tempo de a enfermagem despertar para o envolvimento político em prol de maior reconhecimento social, na luta por melhores condições no seu processo de trabalho.

## **2.2 Gestão de Risco, Segurança do Paciente e Padronização de Processos de Trabalho**

### **2.2.1 Gestão de risco: breve contextualização histórica**

A gestão de riscos é observada desde à época em que os primeiros chefes de clãs decidiram prevenir-se fortalecendo suas muralhas, realizando acordos com outras tribos ou estocando alimentos e insumos para o futuro. Na antiga Babilônia havia práticas relacionadas com a mitigação de riscos, como as indenizações em caso de perdas por roubos e desastres ambientais, ou como a seleção, realizada pelos banqueiros, de devedores com maior capacidade de quitar suas dívidas. Em meados do século XVII, pode-se citar, como exemplo, a introdução do seguro de incêndio, na Inglaterra (Hubbard, 2009).

Com o advento da teoria da probabilidade, o século XVII abriu caminho para o uso de métodos quantitativos na gestão de riscos. Contudo, até parte do século XX, restringia-se somente a delimitados setores, tais como seguros, mercado financeiro e saúde pública (Hubbard, 2009).

A área da gestão de riscos corporativo e institucional surgiu apenas no final do século XX e duas publicações foram marcos nos anos 1960 e 70. Em 1963, o livro *Risk Management in the Business Enterprise* publicado nos Estados Unidos por meio de seus autores Robert Meher e Bob Hedges foi a primeira publicação específica sobre o tema. A publicação do artigo *The Risk Management Revolution*, na revista Fortune (1975) também foi significativa pois recomendava a coordenação de variadas funções de riscos existentes em uma organização e o assentimento, pela alta administração, da responsabilidade por instituir políticas e manter supervisão sobre tal função coordenada (Fraser; Simkins, 2010).

Há diversos conceitos sobre o tema disponíveis na literatura, o Gerenciamento de Riscos pode ser interpretado como um conjunto de atividades bem coordenadas com o objetivo de exercer a Gestão e o Controle dos Riscos de uma organização em relação a potenciais ameaças, podendo inclusive fazer que surjam oportunidades a partir desta prática (Brasil, 2018, p.8). Já risco é definido pelo Tribunal de Contas da União (TCU) como “[...] o efeito da incerteza sobre objetivos estabelecidos. É a possibilidade de ocorrência de eventos que afetem a realização ou alcance dos objetivos, combinada com o impacto dessa ocorrência sobre os resultados pretendidos” (Brasil, 2018, p.8).

Inicialmente, a função do Gerenciamento de Riscos estava relacionada especificamente às reduções de perdas e seus respectivos efeitos em processos industriais, acarretando reduções plausíveis no contexto financeiro. Com o passar do tempo, a prática e estudo científico do tema, sua área de atuação foi ampliada (Brasil, 2018, p.8).

Na área da saúde, é essencial o enfrentamento de fatores que influem potencialmente sobre a saúde individual e coletiva e para isso é necessário o reconhecimento das fontes de risco. Da mesma maneira, é primordial dominar métodos capazes de identificar, analisar e avaliar os riscos, além de comunicá-los, monitorá-los e de fornecer subsídios à tomada de decisão aos responsáveis, reduzindo suas consequências prejudiciais (Czeresnia, 2004).

O primeiro relato de uma avaliação de risco quantitativa relacionada à saúde faz referência ao cálculo da probabilidade de morte entre pessoas com e sem vacinação de varíola, realizado por Laplace, no final do século XVIII (Covello; Munpower, 1985). Avançando na temática, Pasteur no final do século XIX utilizou as ferramentas da estatística

para avaliar os fatores relacionados às doenças transmissíveis, originando o conceito de risco epidemiológico (Czeresnia, 2004).

Especialmente após a Segunda Guerra, houve significativos avanços científicos, com aplicações que produziram novas tecnologias e acarretaram além de benefícios, também riscos desconhecidos à saúde (Lucchese, 2001). Pode-se citar a rápida utilização das novas tecnologias como Raio -x, energia nuclear, asbesto e formaldeídos, como se fossem fontes apenas de benefícios, com consequências à saúde da população e ao meio ambiente somente percebidas e entendidas pela sociedade, na década de 1970. A divulgação destes riscos acarretou grandes mobilizações sociais pressionando os governos para controlar os riscos ocupacionais, ambientais, de agentes químicos e radioativos, produtos potencialmente danosos à saúde e ao ambiente (Freitas, 2000).

A regulação de riscos à saúde é compreendida como uma interferência estatal no mercado ou em processos sociais, objetivando regular resultados potencialmente nocivos à saúde (Freitas, 2000). A função regulatória de cada país, depende de conjunturas à época, sejam de política, economia e social como a de possuir certa autonomia no tocante a normatização, aplicação e fiscalização de poder regulatório do Estado. Deste modo, na década de 1970, enquanto os países europeus no primeiro momento exerceram o poder regulatório através dos órgãos da administração direta do Estado, os Estados Unidos foram, em sua maioria, por meio de agências independentes e especializadas. Hoje em dia, a maior parte dos países da União Europeia utiliza o modelo de agências reguladoras (Lucchese, 2001).

No Brasil, o Gerenciamento de Riscos nasceu em meados da década de 1970, a partir do investimento na prevenção de incêndio, dentro do mercado de seguros de imóveis e na área de segurança de dados, da Engenharia de Sistemas (Brasil, 2018, p.8). Ao final da década de 1990, chegou ao Brasil o modelo de agências reguladoras. O processo de definição e regulação de riscos, mediante os resultados econômicos e sociais advindos das primeiras ações regulamentadoras, mostro que se trata de uma dinâmica de poder, repleta de interesses e concepções político-econômico sociais, aos quais podem influenciar vigorosamente na definição de recursos públicos e privados de um país. Portanto, há um questionamento sobre a fidedignidade dos valores expressos pelos especialistas sobre o risco, concebido como a probabilidade de ocorrência de um evento indesejado, apresentado à sociedade como uma verdade absoluta e independente de vieses (Freitas, 2000).

Os estudos de avaliações de riscos são realizados visando subsidiar tomadas de decisão. Porém, os conflitos de interesse sobre a divisão dos riscos evidenciaram a indissociabilidade entre as análises técnicas sobre os riscos e das decisões de quem deveria ser

protegido, dos custos e das opções disponíveis. Os conceitos passariam a acompanhar a complexidade de variáveis que envolvia a gestão de riscos, visto que as novas tecnologias, produziam benefícios, mas também possíveis danos, e nesses casos os riscos não poderiam ser eliminados, pois também eliminar-se-iam os benefícios. Com isso, entram em cena outras dimensões dos riscos, como sua aceitabilidade, sua percepção e a confiança no sistema regulador (Lucchese, 2001).

A exemplo, no início dos anos 1980, o Congresso dos Estados Unidos da América (EUA) verificou a necessidade de organizar um modelo de avaliação de riscos que uniformizasse estudos, como também tivesse ampla aceitação. A *Food and Drug Administration* (FDA), órgão governamental dos EUA que regula o controle dos alimentos, medicamentos e materiais biológicos, foi responsável em coordenar o estudo para a harmonização, conhecido internacionalmente como *Red Book*, e estabelece um processo com sete estágios: identificação dos perigos; avaliação dose x resposta; avaliação de exposições; caracterização dos riscos; estabelecimento das opções regulatórias; decisão e implementação da opção de regulação; avaliação da regulação. As fases ocorrem com a participação de diversos atores, quer sejam especialistas ou não. Os estágios circulavam entre avaliação e gerenciamento de riscos, e a formulação da base técnico-científica com base nas informações obtidas no processo. O objetivo ao final dessas fases é avaliar e implementar as melhores opções regulatórias, considerando questões econômicas, políticas e sociais (Czeresnia, 2004).

Observa-se, na sociedade atual, uma função importante para o “risco”. A luta pelas desigualdades associadas às classes, raças e gêneros vem cedendo lugar para maior mobilização das lutas sociopolítico e econômicas com enfoque nos benefícios e os males produzidos pela sociedade, organizados e distribuídos pelo Estado. Além disso, atualidade tem se caracterizado como uma “Sociedade de Risco” e um “Estado Regulador”, ao qual efetua somente o controle, circulação e distribuição dos riscos na sociedade, decorrente das privatizações e da minimização da influência do Estado enquanto papel de empregador produtivo (Freitas, 2000; Lucchese, 2001).

Diante da intrínseca relação entre risco, gestão de risco e segurança do paciente, a próxima etapa explanará um pouco mais sobre a temática.



### 2.2.2 Gestão de risco e segurança do paciente

Até o início do século XXI, com a publicação do relatório *Errar é Humano*, do *Institute of Medicine* (IOM), as bases referentes a segurança do paciente ou aos eventos adversos eram relativamente incomuns. Desde que se começou a verificar dados de frequência com que os pacientes sofriam danos resultados do cuidado de saúde, a relevância do problema atraiu a atenção de diversos atores, tais como profissionais e gestores da saúde, pesquisadores, decisores políticos, organizações de direitos dos pacientes, além da sociedade em geral (Sousa; Mendes, 2019).

Esse relatório foi embasado em duas pesquisas de avaliação, retrospectiva, da incidência de EA que usaram como fonte de dados prontuários de hospitais de três estados, Califórnia, Nova Iorque e Colorado. O conceito de evento adverso utilizado, foi o de dano em consequência do cuidado à saúde e não da doença de base, ao qual resultou em uma incapacidade presente no momento da alta ou aumento do período de internação. O documento apontou que cerca de 100 mil pessoas morreram em hospitais a cada ano, vítimas de EAs nos Estados Unidos. Este índice era maior do a taxa de mortalidade por câncer, doenças infectocontagiosas e causas externas, representando um grave prejuízo financeiro ao sistema. Estimado entre 17 e 29 bilhões de dólares anuais (Fischhoff *et al.*, 1993).

Em países da Europa, como Reino Unido e Irlanda do Norte, a prorrogação da internação hospitalar em virtude dos EAs custou aos cofres aproximadamente de 2 bilhões de libras/ano, já os processos judiciais ao Sistema Nacional de Saúde associadas a EAs foi de 400 milhões de libras/ano (Fischhoff *et al.*, 1993).

Demais estudos estimam que a ocorrência de incidentes<sup>8</sup> relacionados à assistência à saúde, e em particular os EAs, afete de 4,0% a 16% de pacientes hospitalizados em países desenvolvidos. Diante deste cenário, os sistemas e organizações de saúde, em nível global, investigam possíveis alternativas que visam melhorar a qualidade da assistência e a segurança do paciente (Sousa; Mendes, 2019).

Autores divergem sobre a responsabilidade da segurança do usuário. Alguns textos fazem referência a um dever de todos os profissionais da saúde, para isso, caberia aos mesmos a adoção de formas de prevenção de danos e diminuição de riscos (Araujo *et al.*, 2017). Já a OMS admite uma responsabilidade expandida, atribuindo a coletividade, não só dos gestores

---

<sup>8</sup> “Incidente (relacionado ao cuidado de saúde) é um evento ou circunstância que poderia ter resultado, ou resultou, em dano desnecessário ao paciente” (Mendes, 2019, p.63).

e trabalhadores da saúde tal incumbência. Partindo dessa premissa, espera-se que os pacientes estejam mais exigentes sobre a qualidade nos atendimentos (Alegre, 2019).

Ainda, aponta-se como entrave para concretização da segurança do paciente a inexistência de uma cultura de corresponsabilização, visto que há pouco diálogo com os pacientes nas tomadas de decisão terapêuticas. Diante disso, o uso de tecnologias e dos serviços ofertados não conta com o envolvimento do paciente, que também é responsável por sua própria segurança (Alegre, 2019).

Em face do exposto, abordaremos a seguir como a segurança do paciente se configurou no Brasil.

### 2.2.3 Segurança do paciente no Brasil

Na saúde, a segurança do paciente vem sendo cada vez mais abordada e é tema de encontros e propostas desejosas da criação de estratégias para minimizar EAs, formar uma cultura de segurança e, por conseguinte, a qualificação dos serviços. Segundo o MS, segurança do paciente é “a redução do risco de danos desnecessários associados ao cuidado em saúde até um mínimo aceitável” (Brasil, 2014). Logo, a segurança do paciente consiste na redução ou eliminação de ações inseguras na assistência, além da seleção das melhores práticas existentes, a fim de garantir o melhor resultado possível (Araujo *et al.*, 2017).

Em 2004, a OMS lançou, durante a 57ª Assembleia Mundial da Saúde, a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente. O objetivo principal era coordenar os programas de segurança do paciente nos países signatários, incentivando ações para desenvolvimento de políticas específicas para a segurança do paciente. Destacam-se, neste aspecto, as campanhas *Patient Safety* e *Patients for Patient Safety*. Desde então, a ANVISA, por meio da Gerência de Tecnologia em Serviços de Saúde, tem implementado ações para promover a melhoria da qualidade e segurança do paciente nos serviços de saúde, principalmente no controle e prevenção das Infecções relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS). Com a publicação dos Desafios Globais da OMS “Uma assistência limpa é uma assistência segura” em 2005 e “Cirurgias seguras salvam vidas” em 2008, foram intensificadas as ações relacionadas às práticas de higienização das mãos e da cirurgia segura (ANVISA, 2018).

Outro investimento na área foi em 2013, quando o MS instituiu a portaria que implementa o PNSP com a finalidade de dispor orientações sobre promoção e implementação

de ações favoráveis à segurança do paciente em diferentes áreas de atenção, organização e gestão dos serviços de saúde. O documento sugere a inclusão de pacientes e familiares nas ações concernentes à segurança, ampliando o acesso da sociedade às informações relativas à segurança do paciente como também produz e sistematiza conhecimentos sobre a segurança do paciente (Araujo *et al.*, 2017).

Tendo em consideração que os serviços de saúde são prestados em ambientes complexos, os quais diversos fatores podem contribuir para a ocorrência dos incidentes relacionados à assistência, a delimitação dos riscos aos quais os pacientes estão submetidos e estratégias para evitá-los é imprescindível. Destarte, entre os objetivos do PNSP, salienta-se: promover e apoiar a implementação de iniciativas voltadas à segurança do paciente em diferentes áreas da atenção, organização e gestão de serviços de saúde, por meio da implantação da gestão de risco e de Núcleos de Segurança do Paciente (NSP) nos estabelecimentos de saúde (Brasil, 2014).

A gestão do risco está estreitamente associada ao estabelecimento de uma cultura de segurança, o que infere que todos os erros sirvam de aprendizagem e promovam a prevenção de novos incidentes relativos à cuidados com a saúde. Isto posto, a disseminação desses conceitos entre toda a equipe profissional, o comprometimento da instituição, e a realização das práticas seguras, são primordiais para a implementação efetiva do PNSP nos serviços do país. Nesse contexto, destaca-se a importância do Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) como primeiro campo a gerir o risco, de acordo com suas etapas e ferramentas a fim de rever os processos de trabalho e alinhá-los às práticas de segurança, como também de difundir esses conhecimentos entre os demais profissionais da equipe para a prevenção da ocorrência dos incidentes nos serviços de saúde (ANVISA, 2018).

Nota-se, que, a partir da ampliação da necessidade de fomentar a credibilidade dos processos desenvolvidos em serviços de saúde, a popularidade de métodos e técnicas para análise e gestão de riscos, redução de falhas e avanço na segurança do paciente (ANVISA, 2018).

Outra questão relevante para a segurança do paciente é a notificação dos eventos, pois permite relatos dos incidentes e/ou EA em saúde ocorridos no país. A análise dessas informações, associada a revisão dos processos, possibilita delimitação das causas e criação de estratégias para melhoria da assistência prestada (ANVISA, 2018).

Deste modo, no Brasil, com objetivo de traçar o perfil do país e elaborar um diagnóstico situacional, foi regulamentada a notificação e o monitoramento dos incidentes relacionados à assistência à saúde, de forma digital, que são realizadas por meio do Sistema

de Informações em Vigilância Sanitária (NOTIVISA). Cabe ressaltar que a notificação é apenas o início do processo de vigilância e monitoramento dos EA (ANVISA, 2018).

No próximo item falaremos sobre a relação da APS com segurança do paciente, de suma importância, ao campo da pesquisa.

#### 2.2.4 Segurança do paciente e a atenção primária à saúde

Como abordado anteriormente, a APS tem um papel fundamental na RAS, logo torna-se também primordial, no contexto da saúde, para a garantia de segurança ao paciente. Cada vez mais se ampliam os procedimentos de saúde realizados neste nível de atenção, sendo imprescindível que se analisem os incidentes relacionados ao cuidado de saúde prestado (Santos; Silva; Costa, 2017).

Ainda que os sistemas de saúde universais construam políticas para que os cuidados de saúde sejam direcionados a partir da APS, principalmente em países com uma APS forte e resolutiva, foi possível constatar que o conjunto de pesquisas relacionadas à segurança do paciente sejam majoritariamente direcionadas no âmbito da assistência hospitalar (Mesquita *et al.*, 2016).

Ao longo do tempo, verifica-se um aumento linear do interesse na temática de segurança dos pacientes, com destaque nas principais organizações internacionais de saúde e em alguns países desenvolvidos como a Austrália, Reino Unido, Estados Unidos e Portugal. Já no Brasil o tema ganhou mais visibilidade, em função do PNSP, todavia, ainda é considerado problemática a coletiva falta de sensibilização para o problema (Marchon *et al.*, 2015; Mesquita *et al.*, 2016).

A OMS, em 2012, formou um grupo para estudar as questões envolvidas com a segurança na atenção primária à saúde, com objetivo de avançar o conhecimento sobre os riscos para os pacientes em cuidados de saúde primários, e a magnitude e a natureza dos eventos adversos devido a práticas inseguras. Já em 2016, deu-se início à uma coleção intitulada “Série Técnica sobre Atenção Primária Mais Segura”, que contém nove monografias que resumem as evidências e a experiência em diferentes estratégias para melhorar a segurança do paciente na atenção primária (OMS, 2016).

No que diz respeito à cultura de segurança do paciente na APS o erro ainda está muito correlacionado à culpa e a uma visão de trabalho punitiva, na qual ainda prevalece uma cultura de pensar que os erros são provenientes do descuido do profissional de saúde (Paese;

Dal Sasso, 2013). Segundo o MS, “não se pode organizar os serviços de Saúde sem considerar que os profissionais vão errar. Errar é humano. Cabe ao sistema criar mecanismos para evitar que o erro atinja o paciente” (Brasil, 2014).

Diante disso, é fundamental aproveitar a oportunidade de transformar o erro e a culpa em um diálogo e desenvolver o pensar crítico sobre as ações de cuidado e atitudes frente ao próprio erro e ao erro do colega. Sendo assim, deve-se perceber o erro como oportunidade de aprendizado para barrar a possibilidade de novos eventos relacionados à mesma causa (Paese; Dal Sasso, 2013).

É importante ressaltar que a qualidade da assistência ao paciente é resultado de um atendimento seguro e, com isso, é necessário o estabelecimento de uma cultura de segurança. Tal cultura envolve a responsabilização e engajamento da unidade e de seus gestores em identificar a necessidade da cultura de segurança e estabelecê-la como eixo norteador de sua organização. Além do mais é importante envolver-se com o processo de trabalho diário e buscar conhecer as dificuldades e desafios que o profissional de saúde da assistência direta enfrenta, para, deste modo, criar um canal de comunicação efetivo com os níveis hierárquicos e permitir a construção da confiança entre todos os envolvidos (Paese; Dal Sasso, 2013).

Em relação aos eventos adversos nos hospitais, em maioria, estão associados à cirurgia e à administração de medicamentos, já na APS os eventos adversos mais frequentes estão associados aos erros de medicamento e ao diagnóstico (Marchon *et al.*, 2015; OMS, 2016). A maioria dos estudos hospitalares utiliza a revisão retrospectiva de prontuários, nos estudos sobre APS o método mais utilizado é a análise de notificação de incidentes feita por profissionais de saúde ou pacientes (Marchon *et al.*, 2015). Nos hospitais, a média com eventos adversos por 100 pacientes internados encontrada nos estudos foi 9,2, e a proporção média de eventos adversos evitáveis foi de 43,5%. Na atenção primária à saúde as estimativas de incidentes variaram muito, de 0,004 a 240,0 por 1.000 consultas, e as estimativas de erros evitáveis variaram de 45% a 76% dependendo do método empregado na pesquisa (Aranaz, 2008).

Compreendendo a importância que representa a atenção primária no cenário da saúde e o aumento crescente de intervenções clínicas, cirúrgicas e cuidados especializados, destaca-se a importância da estruturação dos serviços para a aplicação de novas formas de capacitações e a implementação de serviços complementares que assegurem a qualidade e a segurança da atenção aos usuários (Araujo *et al.*, 2017).

Apreende-se que, para qualificação dos serviços, há muitas ações a serem desenvolvidas, a exemplo de projetar espaços físicos específicos adequados para prover os

serviços, avaliar os insumos necessários e garantir a segurança em todo os segmentos do processo (Araujo *et al.*, 2017).

Da mesma maneira, é importante salientar que existem riscos ocupacionais que afetam os trabalhadores atuantes na APS e, por conseguinte, implicam negativamente na segurança dos pacientes. Muitas vezes, as USF possuem, além dos problemas estruturais e de instalações; níveis elevados de riscos biológicos, advindos do contato com sangue, patógenos e materiais perfuro cortantes; riscos químicos, em virtude de exposições respiratórias, drogas potenciais; e, ainda, a presença de riscos ergonômicos como levantamento de peso e tarefas repetitivas (Feldman, 2008). Logo, atribui-se a falta de segurança dos usuários nos serviços de saúde da atenção primária, as dificuldades técnicas e socioeconômicas próprias da complexidade das organizações de saúde e ao seu cenário multifatorial nas situações que levam ao EA. Estas dificuldades acarretam a perda de confiança nas organizações de saúde e seus profissionais. Com isso, o desgaste das relações entre aqueles e os usuários; o aumento dos custos, sociais e econômicos, variando a sua dimensão na razão direta dos danos causados; a redução da possibilidade de alcançar os resultados almejados, com consequências diretas na qualidade dos cuidados prestados (Corbellini *et al.*, 2011).

Considerando que o cuidado em saúde é produto de um sistema e que a segurança do paciente deve ser um dos pilares que norteiam as ações nos serviços de saúde, faz-se necessária à implementação da gestão de risco na APS com vistas à adoção de medidas sistemáticas, para a identificação de riscos específicos das USF, tanto no que se refere ao ambiente, quanto ao tipo de cuidado a ser prestado, focando na melhoria da qualidade da assistência em saúde e segurança do usuário, obtendo, a minimização de eventos adversos nesses ambientes (Araujo *et al.*, 2017).

Como relatado, a construção do manual de procedimentos da APS no município de Maricá se inicia durante o enfrentamento da pandemia da Covid-19, neste sentido, ressaltamos alguns dos elementos relacionados às emergências sanitárias e a resposta dos sistemas de saúde.

#### 2.2.5 A resposta do sistema de saúde às emergências sanitárias

Na história das grandes epidemias, como a vivida recentemente pela pandemia da Covid-19, foi necessário, diante da gravidade, que os governos nacionais efetuassem

intervenções de alto porte, como estratégias de confinamento conhecidos por *lockdown*, visando a contenção da infecção e diminuição da sobrecarga social da doença e sua mortalidade. No entanto, as medidas adotadas influenciaram a vida pessoal e da comunidade em geral para além das questões de saúde, afetando também nas relações socioeconômicas e políticas tornando-se um desafio para o Estado e Organizações Mundiais e Internacionais (Sarti *et al.*, 2020).

Posto isto, diante de situações emergenciais, tais quais as epidemias de dengue, Zika, febre amarela, Chikungunya e a da Covid-19, a APS deve ser considerada um importante pilar para o enfrentamento das mesmas, visto que as crises não se limitam a uma questão sanitária, mas possuem ligação direta com os campos político, social e econômico, sendo necessário o investimento em um conjunto de medidas que atinjam além da cadeia de transmissão do vírus (Sarti *et al.*, 2020).

Maciel *et al.* (2020) evidenciaram que, defronte as emergências sanitárias, é extremamente relevante a reconfiguração dos processos de trabalho em saúde, principalmente, o desenvolvido no território, que exige o vínculo, o contato e o reforço dos atributos derivados da APS, refletindo na mobilização e na orientação dos grupos populacionais, para a promoção e a proteção da saúde.

A APS tem como premissas o acolhimento, a garantia da acessibilidade e a utilização dos serviços de saúde pelos pacientes motivados pela necessidade ou problema de saúde, distribuídos mediante delimitação geográfica. Tal vinculação possibilita a continuidade do cuidado e a longitudinalidade da atenção à saúde, buscando articular os variados serviços e ações para que possam responder a demandas de saúde de forma integrada, através dos diversos pontos da RAS (Maciel *et al.*, 2020).

Logo, uma das principais respostas do setor saúde às situações de emergência sanitária deve ser o investimento na APS, visto que tem potencial de reduzir as iniquidades em saúde e o seu fortalecimento e estruturação adequados favorecem a capilarização em território nacional e alcance da população expostas a riscos excessivos devido a suas condições de vida. Pandemias como a Covid-19 colocam à prova sistemas públicos universais de saúde. Os sistemas baseados em uma APS robusta, resolutiva, abrangente, acessível, constituem-se em um dos pilares de uma sociedade que respeita os direitos mais elementares das pessoas. Momentos como este, fazem emergir realidades antes pouco evidentes, resultando em dúvidas sobre discursos e práticas de redução do tamanho do Estado, flexibilização das leis trabalhistas, desconfiguração do sistema de assistência social, desvalorização com reduzido

ou inexistente investimento na tríade ciência, tecnologia e ensino, traduzindo-se na precarização de serviços públicos de saúde (Jones, 2020).

Para que a APS consiga desempenhar seus atributos diante de emergências sanitárias, exige-se a readequação do processo de trabalho com o desenvolvimento de estratégias e metodologias e aprimoramento de conceitos, estruturas, processos e práticas de vigilância em saúde, de forma articulada com a RAS. Nessa perspectiva, a Covid-19 retratou um dos maiores desafios sanitários das últimas décadas, intervindo nos componentes desse processo de trabalho, como também modificando a oferta do cuidado em saúde no território (Maciel *et al.*, 2020).

A pandemia pelo novo coronavírus expôs que as USF possuem a capacidade de identificar antecipadamente potenciais casos graves, mas, para atender a demanda, o processo de trabalho em saúde precisou ser readequado, em consequência das restrições logísticas e espaço-temporais, tais como novas formas de desenvolvimento de atividades pela equipe na APS e o próprio isolamento social da comunidade. Tais mudanças comprometem o deslocamento nos territórios adscritos as equipes da ESF; dificultam o vínculo, com prejuízo do contato presencial dos pacientes/comunidade com os profissionais de saúde, especialmente, no contexto das visitas domiciliares; assim como exigiu mudanças nos fluxos assistenciais e na interrelação entre os membros da equipe, impossibilitando, inclusive, a realização de reuniões de equipe presenciais voltadas ao planejamento das atividades (Maciel *et al.*, 2020).

As epidemias representam desafios ao trabalho do ACS e a todo processo de trabalho na APS, quando se trata da garantia dos cuidados contínuos aos pacientes para que não sejam desassistidos, bem como na definição de fluxos específicos para pacientes com suspeita ou confirmação da patologia (Maciel *et al.*, 2020).

Diante da necessidade de adoção de medidas de distanciamento social e restrição à realização das visitas domiciliares, as recomendações e orientações dos documentos técnicos para a adequação do trabalho do na situação da atual pandemia de covid-19 sugeriram, em caráter excepcional, a possibilidade da utilização da “telessaúde” como prioridade, com a realização de “visitas online”, em ‘substituição’ às visitas domiciliares, intermediada por canais de comunicação (*whatsapp*, *email*, telefone e outros) da APS para monitorar sintomáticos e pacientes crônicos, comunicar a população sobre o cancelamento de consultas e orientar sobre a rotina de trabalho da USF na realidade vivenciada (Sarti *et al.*, 2020).

Destaca-se no Brasil, no âmbito do MS, ações desenvolvidas para o fortalecimento da capacidade nacional para detectar, prevenir e controlar emergências de saúde pública, à



exemplo do Centro de Informações Estratégias e Respostas em Vigilância em Saúde (CIEVS) que encontra-se em funcionamento desde março de 2006 e tem a função de detectar emergências de saúde pública, realizar seu gerenciamento e articular resposta apropriada pelo MS em conjunto com as secretarias estaduais e municipais de saúde. Trata-se de uma ferramenta fundamental para favorecer o enfrentamento de pandemias, fortalecendo a capacidade de resposta já existente, além de compor uma rede mundial de alerta e resposta (Carmo; Penna; Oliveira, 2008).

Outro ponto importante a ser ressaltado é a importância do complexo industrial da saúde e da comunidade científica na capacidade de produção de imunobiológicos de forma rápida e eficaz diante às epidemias como: H1N1, Ebola, Zika e, atualmente, contra o vírus causador da Covid-19 (Silva, 2020).

Bousada e Pereira (2017) ratificam que, depois da utilização de água potável, as vacinas são o maior avanço da humanidade no combate às doenças, usando como princípio básico a exposição do organismo as substâncias presentes nos microrganismos, promovendo a produção de anticorpos através de uma resposta imunológica induzida sem gerar a doença. A imunização adquirida só se torna possível através da formação de células de memória, que, por sua vez, serão capazes de ativar os leucócitos após um novo contato com o antígeno.

As vacinas surgiram ainda no século XVIII quando Edward Jenner descobriu a vacina antivariólica, comprovando que ao inocular uma secreção de um paciente doente em outra pessoa saudável, o saudável desenvolvia sintomas da doença em estágios mais leves e tornava-se imune. A vacina da varíola humana foi desenvolvida a partir de um tipo de varíola que acometia as vacas, já que Jenner notara que ordenhadores de vacas contaminadas acabavam imunes à varíola humana. A partir disso, a palavra vacina (do latim, *Vaccinum*, que significa “de vaca”), tornou-se correspondente a microcultura que apresentam a capacidade de produzir anticorpos. Além disso, comparando as vacinas à utilização de medicamentos, as evidências indicam que os imunobiológicos são profundamente úteis e mais efetivos no controle de doenças, destacando-se como um método mais barato para a saúde coletiva atuar na prevenção de doenças (Silva, 2020).

Apesar dos inúmeros benefícios, o desenvolvimento de vacinas é um processo custoso, constituído de três etapas e que pode demorar anos para produzir uma única vacina oficialmente licenciada, com variadas formas de verificação do processo de fabricação. A primeira etapa do processo é onde ocorre a pesquisa básica e novas proposições. Já na segunda, são realizados os testes pré-clínicos para comprovar a segurança e o potencial de eficácia da vacina. A terceira etapa e última etapa é consistente com os ensaios clínicos, que

são divididos em quatro fases, devido a isto, torna-se a etapa mais longa e mais custosa (Silva, 2020).

Garantir que o imunobiológico seja aprovado na terceira etapa é especialmente importante quando se trata de segurança, mesmo durante a emergência de uma pandemia, visto que, nessas situações, o público-alvo que irá se vacinar será maior. Além da ampla disposição da sociedade em adotar a vacinação diante de grandes pandemias, apoiar as medidas de quarentena adotadas pela saúde pública, incluindo o distanciamento social voluntário e, quando necessário, a utilização de máscaras tem que ser adequada em todos os países (Silva, 2020).

No Seminários Avançados em Saúde Global e Diplomacia da Saúde (2022), o Presidente eleito da Federação Mundial de Associações de Saúde Pública, Luís Eugenio de Sousa frisou que na época do surto de ebola, as Nações Unidas já haviam pedido para o mundo se preparar para futuras pandemias, demonstrando com a pandemia de Covid-19 que a nível global ainda há o atraso numa agenda de fortalecimento da preparação e respostas para pandemias. No mesmo evento, Sousa defendeu três aspectos centrais para a Agenda da Saúde em 2022, que são o acesso equitativo às vacinas; a adoção de instrumentos e ferramentas de governança global que sejam mais efetivas, com o fortalecimento dos sistemas nacionais de saúde; e o reconhecimento do caráter sindêmico da Covid-19, com um conjunto amplo de ações em diferentes planos (Azevedo, 2022).

Silva (2020) ressaltou que o sucesso do controle de pandemias como a Covid-19 não depende de somente um fator e sim de um conjunto de ações combinadas, incluindo um pacto social pela prevenção da disseminação e, também, da garantia de financiamento suficiente agregando governos, iniciativa privada, fabricantes de vacinas e a própria sociedade, a fim de uma conscientização integrada, buscando um resultado soma-soma onde haja proteção para todos.

Foi neste cenário desafiador de uma emergência sanitária, que um grupo de sanitaristas iniciou uma mobilização de repensar os processos de trabalho e inovar em novas formas de atuação na APS, visando enfrentar a pandemia da Covid-19. Uma alternativa institucional foi a organização do Manual de Procedimentos Operacional Padronizado para um conjunto de práticas e processos da APS, que foram identificados como possíveis “pontos de riscos” para a assistência e que poderiam ocasionar incidentes, tanto aos usuários como para os profissionais de saúde, e em última instância, à gestão do SUS. Na metodologia, a seguir, descreveremos o relato dessa experiência e os instrumentos criados para compreender o processo, em sua ordem cronológica, com as respectivas ações e responsáveis envolvidos.

### 3 METODOLOGIA

#### 3.1 Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo descritivo do tipo relato de experiência, vivenciado pela equipe de sanitaristas e outros atores que atuavam na Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Maricá, entre os anos de 2020 e 2022.

Sobre a perspectiva metodológica, Relato de Experiência é considerado uma forma de narrativa, de modo que o autor quando narra através da escrita está expressando um acontecimento vivido, capaz de contribuir na produção de conhecimentos das mais variadas temáticas (Córdula; Nascimento, 2018; Grollmus; Tarrés, 2015).

Neste sentido, é uma perspectiva que busca transmitir um conhecimento com aporte científico e de forma particular. Por isso, o texto deve ser produzido na 1ª pessoa de forma subjetiva e detalhada (Grollmus; Tarrés, 2015).

O Relato de Experiência é uma modalidade de cultivo de conhecimento no território da pesquisa qualitativa, concebida na reinscrição e na elaboração ativada através de trabalhos da memória, em que o sujeito cognoscente implicado foi afetado e construiu seus direcionamentos de pesquisa ao longo de diferentes tempos. Isso posto, conjugará seu acervo associativo agindo processualmente, tanto em concomitância com o evento, como trazendo o produto processado pelas elaborações e em suas concatenações, e, finalmente, apresentará algumas das suas compreensões a respeito do vivido (Daltro; De Faria, 2019, p. 226).

Logo, a experiência vivida na qual o sujeito está inserido influencia na construção e o saber do que está sendo aprendido. Nesse sentido, novos conceitos, novos saberes teóricos são elaborados a partir de conhecimentos práticos (Daltro; De Faria, 2019).

Possui um caráter qualitativo quando busca narrar o processo de construção e finalização do Manual de Procedimentos, descrevendo o número de fases de desenvolvimento e processos revistos pela equipe de profissionais em cada contexto histórico retratado. O processo narrativo foi desenvolvido, portanto, a partir de uma linha do tempo, explicitando cada fase de desenvolvimento, os elementos que identificam a fase e o método de revisão dos procedimentos e os caminhos institucionais percorridos ao longo de sua construção. O foco foi a descrição do percurso a partir da ótica da equipe responsável, utilizando-se das fontes de dados da pesquisa.

### 3.2 Campo do Estudo

Maricá está situada na região Metropolitana II do Estado do Rio de Janeiro, ocupando uma área de 362,5 km<sup>2</sup>. A principal via de acesso à cidade é a Rodovia Amaral Peixoto (RJ-106), que atravessa o município longitudinalmente e liga-o às cidades de Niterói e São Gonçalo, a oeste e Saquarema, a leste. Outras vias de acesso também são comumente utilizadas: como a estrada de Itaipuaçu e a RJ-114, que faz a conexão com o município de Itaboraí, e, as rodovias RJ-104 e BR-101 (IBGE, 2021).

Em relação à divisão territorial, apresenta uma grande área urbana de ocupação rarefeita formada por quatro distritos (Sede/Maricá, Ponta Negra, Inoã e Itaipuaçu) e cinquenta bairros, segundo Jornal Oficial de Maricá (JOM) nº 1459, 05 de junho de 2023.

O município é conhecido por acomodar população itinerante, o que faz do município uma cidade-dormitório. Diariamente, muitos moradores se deslocam para o trabalho, no Rio de Janeiro ou em Niterói, retornando ao fim do dia. Outro problema que se observa na cidade é justamente a ocupação desordenada de migrantes, que acabam se estabelecendo em locais proibidos pela Defesa Civil, agravando a questão social. Além da notável presença de turistas cariocas em fins de semana, principalmente, durante feriados prolongados é possível se notar o turismo de população provinda de São Gonçalo, Niterói, ou mesmo da Baixada Fluminense. O processo de favelização é denunciado por alguns segmentos comunitários, setores ecológicos e parte da imprensa local, assim como a questão das construções irregulares de condomínios, que afetam diretamente o sistema de esgoto e de água da cidade (Prefeitura Municipal de Maricá, 2018).

Referente ao panorama demográfico e socioeconômico, houve um grande crescimento populacional a partir da década de 1990, representando mais especificamente, entre os anos de 2003 e 2013, o quarto maior crescimento populacional projetado do país, segundo o IBGE. A população total residente em 2010 no município foi de 127.461 pessoas, em 2021 a estimativa populacional foi de 167.668 pessoas, quando a população residente feminina correspondia a 50,85% (64.812 mulheres) e masculina correspondia a 49,15% (62.649 homens) demonstrando um percentual equilibrado entre os gêneros (IBGE, 2021). Este incremento populacional nesta década citada é, sobretudo, em decorrência das obras de ampliação de acessibilidade ao município. Também é possível observar que 42,38% da população apresenta faixa de idade de até 30 anos e 25,48% apresentam 50 anos ou mais de idade (Prefeitura Municipal de Maricá, 2018).

Em Maricá, a RAS é estruturada em níveis de atenção, de maneira integrada e regionalizada. Tem como objetivo realizar a atenção integral à saúde das pessoas, em todos os pontos de atenção, através da realização de ações e serviços de promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde.

O Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) caracteriza a rede assistencial do município com base na descrição dos estabelecimentos de saúde existentes. Em Maricá são descritos 100 estabelecimentos, considerando assistência básica, especializada e hospitalar, além das unidades de apoio diagnose e terapia. Quanto à natureza administrativa, 44 (29,6%) são unidades públicas e 107 privadas (70,4%), das quais os consultórios isolados correspondem a 61%, as clínicas especializadas a 21 % e as de apoio diagnose e terapia a 18 % (Quadro 1).

Quadro 1 - Número de Estabelecimentos de Saúde por Tipo e Prestador em Maricá no ano de 2023

<b>Tipo de Estabelecimento</b>	<b>Público</b>	<b>Filantropico</b>	<b>Privado</b>	<b>Total</b>
Centro de Atenção Psicossocial	3	-	-	3
Centro de Saúde/Unidade Básica de Saúde	25	-	-	25
Central de Gestão em Saúde	1	-	-	1
Central de Regulação do Acesso	1	-	-	1
Clínica/Centro de Especialidade	5	1	23	29
Consultório Isolado	-	-	65	65
Hospital Geral	1	-	-	1
Posto de Saúde	-	-	-	-
Pronto Atendimento	2	-	-	2
Unidade de Serviço de Apoio de Diagnose e Terapia	-	-	19	19
Unidade de Vigilância em Saúde	2	-	-	2
Unidade Móvel de Nível Pré-Hospitalar. (Urgência/Emergência)	4	-	-	4
<b>Total</b>	<b>44</b>	<b>1</b>	<b>107</b>	<b>152</b>

Fonte: CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE, 2023.

A APS está organizada de acordo com as áreas distritais do município e é constituída por 25 USF, com 54 eSF totalizando um aumento de mais de 100% (no ano de 2016 eram 21 eSF) e atualmente 100% de cobertura da APS.

O território da cidade encontra-se dividido em 4 áreas distritais. As eSF são as ordenadoras do processo de cuidado em saúde, sendo responsáveis pelo atendimento dos usuários de seu território assistencial. A APS no município tem crescido nos últimos anos gradualmente, porém, há alguns nós-críticos que precisam ser vencidos na rede de serviços. O primeiro deles é a estrutura física precária de boa parte das USF's e a distância geográfica entre as unidades e o território adscrito. A rede de saúde municipal é composta pela atenção primária com todas as unidades de saúde da família; atenção secundária com dois ambulatorios, pronto atendimento e unidade de pronto atendimento, além dos serviços de reabilitação domiciliar; atenção terciária pelo hospital geral e hospital cirúrgico (Quadro 2).

Quadro 2 - Composição da Rede de Atenção à Saúde em Maricá no ano de 2023

<b>Níveis de Atenção</b>	<b>Ponto de Atenção</b>	<b>Território Sanitário</b>
Atenção Primária à Saúde	Unidades de Saúde da Família: eSF, equipe de saúde bucal, equipe de consultório na rua, núcleo ampliado de saúde da família	Área de Abrangência Microárea Município
Atenção Secundária à Saúde	Ambulatório Péricles Siqueira Ferreira; CDT Dr. Alberto Luís Machado Borges; UPA Denise Gomes; Pronto de Socorro Santa Rita; SAMU 192; Central Regulação Municipal; Serviço de Atendimento Especializado; Serviço de Reabilitação Domiciliar/Serviço de Atendimento Domiciliar	Região da Saúde Município
Atenção Terciária à Saúde	Hospital Municipal Conde Modesto Leal; Hospital Municipal Che Guevara	Macrorregião Região de Saúde

Legenda: Equipe de Saúde da Família (eSF); Unidade de Pronto Atendimento (UPA); Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU).

Fonte: Elaboração própria com base nas fontes do SCNES.

Desde 2017, tem se iniciado na rede a informatização de todas as Unidades de Saúde com a utilização do sistema VITACARE que permitiu a implantação do prontuário eletrônico e o gerenciamento do sistema das necessidades de consultas de especialidades e exames é de competência da Central de Regulação Municipal principalmente pelo Sistema de Regulação (SISREG).

A distribuição da população por região revela que a Região de Planejamento com maior proporção de assistidos pela APS é o distrito de Ponta Negra, com 85,47% da população residente. O Plano Municipal de Saúde (PMS) baseia-se nesses dados para

organizar melhor a distribuição de serviços e insumos e melhor atender as necessidades de cada grupo populacional residente em cada Distrito.

### 3.3 Etapas do Estudo

Inicialmente, foi realizada uma breve revisão da literatura sobre os temas relacionados com o objeto da pesquisa. A exploração do tema foi obtida de duas maneiras, a leitura de documentos diversos, entre eles artigos científicos, teses e dissertações, protocolos e documentos técnicos, que estavam disponíveis sobre a temática no Google Acadêmico e no banco de dados LILACS e MEDLINE, com os descritores: procedimentos clínicos, protocolos, gestão de riscos, segurança do paciente, atenção primária à saúde, educação continuada e saúde pública.

A questão inicial desta pesquisa apresenta um objeto – construção e aplicação de um Manual de Procedimentos Operacionais na APS – que pode ser abordado de diversas formas, e ao executar algumas leituras, pude verificar que apesar do tema ser explorado na literatura, a metodologia e objetos abordados não eram iguais, reforçando a unicidade da pesquisa, indicando que o tema merece ser abordado no âmbito da gestão da APS.

As próximas etapas foram a coleta de dados e análise das informações dos documentos armazenados ao longo da construção do referido Manual. Evitando tendência de influência pessoal no relato da elaboração do documento, foi construído um quadro explanando a quantidade de documentos achados na fonte de dados e quais datas desses registros, o material produzido e o tempo decorrido para sua confecção, e ainda o contexto do registro e como ocorreu o processo metodológico utilizado para sua elaboração, abordando de forma descritiva os dados obtidos.

Na análise qualitativa, como mencionado, narrei de forma descritiva a experiência percorrida dialogando à luz da revisão da literatura os aspectos positivos e negativos na perspectiva da sua aplicação no âmbito da gestão da APS aos quais inicialmente se basearam na segurança do paciente e risco sanitário. Na análise dos dados quantitativos, delineei numericamente os atores envolvidos, o tempo decorrido para cada recorte temporal e a quantidade de material que foi produzido e publicado no formato de Manual.

Os resultados e a conclusão apresentaram aplicações teóricas e práticas, resultados da reflexão a partir da vivência (Cruz, 2020; Mussi *et al.*, 2021), suscitando o debate dos

aspectos relacionados com gestão de recursos humanos, segurança do paciente, gestão do risco, entre outros.

### 3.4 Período do Estudo

O estudo utiliza de fontes de dados do período que se iniciou o processo de construção do primeiro POP da SMS Maricá, em junho de 2020 até a publicação do Manual em maio de 2022. Entre agosto e outubro de 2022 foi realizada a revisão do referencial teórico concernente a temática da pesquisa e construção do processo metodológico. Após a qualificação, iniciou-se a descrição do material coletado na fonte de dados, sendo discutido os resultados e formulado a conclusão até o mês de junho de 2023.

### 3.5 Fonte de Dados

As fontes de dados são de natureza informal e oficial. As fontes informais estão relacionadas com os arquivos pessoais, como as anotações diárias obtidas pelos membros da equipe de sanitaristas e demais atores da APS, envolvidos no processo de construção do Manual de Procedimentos Operacionais Padrão. As fontes oficiais são as atas das reuniões arquivadas pela responsável do processo, os registros dos e-mails, e a publicação em mídia social do município sobre o lançamento do documento. Além dessas evidências, o manual está disponível para o acesso de todos os trabalhadores da saúde através do sistema de informação utilizado na rede pública.

Foram utilizados como base de fonte de dados 46 *emails*, 25 conversas pelo aplicativo WhatsApp e 5 atas de reuniões (Quadro 3, a seguir). Os atores envolvidos foram 5 Enfermeiras sanitaristas<sup>9</sup> (houve substituição de uma componente, sempre mantendo equipe de 4 profissionais), 1 Coordenadora da Atenção Primária e 2 profissionais técnicos da OSS. Foram encontrados como produto 49 POP's, e destes apenas 1 não permaneceu em uso e logo não foi publicado no Manual, conforme APÊNDICE e ANEXOS A, B e C.

---

<sup>9</sup> Na continuidade do trabalho a equipe de sanitaristas será intitulada de Grupo de Trabalho, a fim de diferenciar da equipe da Atenção Primária.



Quadro 3 – Registros de produção dos Procedimentos Operacionais Padrão

Período	Título	Atores	Procedimentos
14/07/2020 a 13/09/2021	Emergência Sanitária Covid – 19 e seus impactos na vacinação: o início	Grupo de Trabalho, Coordenação da Imunização	POP 1 Contingência, POP 2 Manejo de Caixa Térmica, POP 3 Abertura de Frasco Multidose e Capacitação da Imunização (POP1 não adentrou o Manual)
20/08/2021 a 14/10/2021	Demais problemas diários identificados/demandados pelas unidades de atenção primária: a evolução	Grupo de Trabalho, Residente de Enfermagem e Gerente de Serviço de Saúde	POP 4 Ficha de Notificação de Agravos para o SINAN, POP 5 Teste Rápido de Infecções Sexualmente Transmissíveis, POP 6 coleta de <i>swab</i> orofaríngeo para o teste da Covid-19 e outros vírus respiratórios, POP 7 limpeza do refrigerador, POP 8 posto volante de vacinação, POP 9 Higienização das mãos, POP 10 a coleta de papanicolaou, POP 11 a coleta de sangue.
21/07/2021 a 29/04/2022	O boom baseado na carteira de serviços e os ajustes para publicação: o final	Grupo de Trabalho, Enfermeira do Trabalho da OSS e Técnico de Enfermagem do Trabalho da OSS	POP 12 À POP 50 (Rotina de Abertura da Sala de Vacina, Rotina de Fechamento da Sala de Vacina, Limpeza de Refrigerador, Limpeza de Sala de Vacina, Troca de Cistostomia, Cateterismo de Alívio, Cateterismo de Demora, Troca de Traqueostomia, Atendimento à pessoa em Situação de Violência, Alta Referenciada, Retirada de Pontos, Aplicação Compressa Quente, Aplicação Compressa Fria, Coleta de Fezes, Coleta de Urina, Prova do Laço, Teste Rápido de Gravidez, Coleta de Escarro, Organização dos Consultórios, Conferência dos Materiais e Medicamentos de Emergência, Aferição de Pressão Arterial, Aferição de Temperatura Axilar, Aferição de Glicemia Capilar, Medida de Perímetro Cefálico, Aferição de Frequência Cardíaca, Aferição de Frequência Respiratória, Aferição de Peso, Aferição de Estatura, Mensuração de Índice de Massa Corporal, Paramentação e desparamentação de Equipamentos de Proteção Individual, Acidente Material Biológico, Conservação de Medicamentos, Administração de Medicamento Sublingual, Administração de Medicamento Subcutâneo, Administração de Medicamento Inalatório, Administração de Medicamento Oral, Administração de Medicamento Intramuscular, Administração de Medicamento Ocular, Administração de Insulina, Terapia de Reidratação Oral.

Legenda: Procedimento Operacional Padrão (POP); Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN).  
Fonte: A autora, 2023.

## 4 RESULTADOS

Foi possível constatar, que, ao longo do processo de descrição temporal dos eventos que conformaram na publicação do Manual, conforme APÊNDICE e ANEXO B, foram diferenciados três contextos. Estão relacionados inicialmente, com o enfrentamento da pandemia da Covid-19 e foram evoluindo, ou podemos chamar de “amadurecendo um olhar”, para a perspectiva do risco de processos de trabalho do dia a dia da APS, e por fim, a produção de um “olhar mais orientado” em consonância com a carteira de serviços<sup>10</sup> da APS em Maricá. Os registros serão apresentados de acordo com os recortes temporais identificados como: “Emergência sanitária Covid – 19 e seus impactos na vacinação: o início do processo”; “Demais problemas diários identificados/demandados pelas unidades de atenção primária: a evolução”; O boom baseado na carteira de serviços e os ajustes para publicação: o final.

### 4.1 Emergência sanitária da Covid – 19 e seus impactos na vacinação: o início do processo

Com a proximidade da aprovação da vacina da Covid-19, o processo de preparação para imunização contra a Covid-19 e a vacinação contra o vírus da influenza já em andamento, foi possível constatar alguns desafios sobre a temática entre todas as equipes nas USF’s.

Este primeiro tempo se inicia em julho de 2020, e tem duração de 1 ano e 2 meses e como elemento principal a pandemia de Covid-19, centro de todo o processo. O recorte temporal (14 meses) possui os seguintes documentos institucionais: os registros de capacitação dos trabalhadores da saúde sobre o processo de imunização e três procedimentos envolvendo os processos de vacinação. A fonte de dados informal foi exclusivamente a troca de e-mails, principalmente entre o grupo de trabalho e a equipe técnica da OSS e em menor quantidade com a equipe da então coordenação da imunização municipal, além de registros de anotações da equipe. Para a construção dos procedimentos e treinamento da equipe foram envolvidos quatro sanitaristas, além da coordenadora de imunização do município. O grupo de trabalho utilizou na revisão da literatura para a confecção dos procedimentos: documentos

---

<sup>10</sup> “É um documento orientador para todos os serviços de APS no Brasil. É um instrumento que visa contribuir para o fortalecimento da oferta de cuidados próprios da APS” (Brasil, 2020c).

do MS, ANVISA, OMS, as bulas anexadas dos imunobiológicos e POP's publicizados por instituições de saúde como referencial comparativo, a exemplo, do manual da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) e de outras prefeituras.

Nos três primeiros POP's, a estrutura era composta por título, número, versão, data da emissão, revisão, próxima revisão, símbolo do município, atividade, executante, resultados esperados, materiais necessários e principais atividades.

Um destaque importante: o grupo de trabalho inicia suas funções em maio de 2020 e constata que no território ocorrem constantes quedas de energia. O primeiro procedimento, portanto, por envolver tanto o processo de imunização como o problema do território, versou sobre o controle da temperatura de armazenamento dos imunobiológicos, ainda que as profissionais estivessem em período probatório. O contexto é descrito a seguir:

No primeiro mês, esse mesmo grupo de trabalho dividiu-se por distritos, realizando visitas técnicas, participando de reuniões de equipe com os profissionais da APS, como também fez parte da equipe volante denominada equipe sentinela, ao qual realizava testes antígenos de covid-19 nos vazios sanitários. A partir disso foi possível produzir o primeiro diagnóstico, constatando os problemas relacionados ao processo de vacinação, e fomentou a iniciativa pela equipe de sanitaristas para construir o primeiro POP, **descrevendo plano de contingência para queda de energia**, após reconhecermos no município da frequente queda de energia elétrica.

Em 2020, o município possuía uma rede central de frio não exclusiva, em que no mesmo espaço/sala trabalhava a equipe da coordenação da imunização municipal. O espaço abarcava todos os imunobiológicos do município pois as Unidades da APS não continham câmaras refrigeradoras como indicado para manutenção adequada da temperatura e sim refrigeradores domésticos em 100% dos serviços. Por esse motivo a equipe administrativa da coordenação da imunização recolhia às sextas-feiras todos os imunobiológicos e abastecia às segundas-feiras na maioria das USF's da APS. Devido à distância geográfica e menor tempo de oferta do imunobiológico para população, o que dificultava muito a logística e acesso, nem todas as Unidades da APS contavam com o recolhimento e estavam propensas as quedas de energia elétrica noturna e aos finais de semana.

Visando bloquear o desperdício de imunobiológicos por desnaturação ao encontrar-se fora dos padrões de temperatura, o que representava grande importância para o município que já não recebe a quantidade de imunobiológicos suficientes para distribuição em todos seus serviços, uma componente da equipe de sanitaristas propôs o instrumento que acreditava ser o melhor para este objetivo, o POP. Durante esta construção, foi feita a troca de e-mails com a

equipe técnica da OSS para que mediasse com a Secretaria os profissionais envolvidos que estariam à disposição no final de semana, aos quais eram os motoristas dos veículos da SMS Maricá. Os profissionais terceirizados da OSS responsáveis pelas entrada e saída das unidades, na função de controlador de acesso, seriam treinados para sinalizar as chefias em caso de queda de energia elétrica e caso extrapolasse o tempo estimado deveria fazer contato com os motoristas para transporte adequado a central de imunização. Os motoristas passariam por uma reciclagem, pois já desempenhavam a função de transporte durante a logística semanal.

Como citado anteriormente, a autorização da OSS para o que poderia inicialmente ser a solução do problema foi realizada, porém dependia também da autorização da SMS para seus profissionais, que deveriam ter escala de disposição aos finais de semana (aos quais não eram dias de serviço). Neste momento, a SMS também estava em troca da Coordenação da APS, o que fechou inicialmente esses contatos, posteriormente não foi considerada pela chefia que assumiu como prioridade, o que impossibilitou a organização.

Algum tempo depois, advindo da necessidade da pandemia de covid-19 e sua mobilização na área da saúde, o município providenciou a compra de câmaras refrigeradores, que ainda não estão em funcionamento em todas as USF's devido à estrutura da rede elétrica ser deficiente, no entanto, reduziu a carência por esta padronização e suas demais ferramentas para bom resultado. Devido a estas dificuldades, esse primeiro POP não adentrou o Manual de POP's, porém motivou a construção dos demais.

Em paralelo a construção do primeiro POP, estava sendo desenvolvido o segundo POP referente ao Manejo de Caixa Térmica a fim de promover a conservação dos imunobiológicos dentro da temperatura padrão (entre 2° e 8° C) e manter o poder imunogênico. Para que os profissionais controladores de acesso pudessem executar o POP de contingência era necessário que tivessem ciência do funcionamento e apoio para montar a caixa para transporte. Também, ao visitar as Unidades da APS foi possível verificar que os profissionais colocavam as bobinas de gelo congeladas diretamente na caixa e muitos não faziam uso do termômetro ou então não os monitorava, questões essenciais para manter a qualidade dos imunobiológicos e segurança do paciente que receberia a vacina.

O terceiro POP, também construído em paralelo aos dois anteriores, concernente à Validade dos Imunobiológicos para que o monitoramento do tempo de validade após abertura dos imunobiológicos seja obedecido e assim mantenha a capacidade do agente biológico estimular a resposta imune no hospedeiro. Este também foi idealizado devido aos erros observados e levando em consideração as recentes contratações de componentes da equipe de

enfermagem, muitos sem experiência em rotinas da sala de vacinação e naquele momento contando somente com o apoio técnico do grupo de trabalho, visto que a OSS e a SMS não obtinham coordenação de enfermagem e a coordenação de imunização não desempenhava o papel de educação em saúde/ educação continuada. Por esta razão, a equipe de sanitaristas proativamente iniciou movimento de construção do primeiro Curso de Capacitação da Imunização, ao qual iria ser apresentado o POP de manejo de caixa térmica e de validade dos frascos, aprovados pela equipe técnica e coordenação da imunização. Para fins de apoio ao entendimento dos POP's e nivelamento do conhecimento básico da equipe de enfermagem, foi montado com plano de curso e pré e pós-teste, ocorrendo em dois dias e quatro turnos com os seguintes objetivos: atualizar a equipe de Enfermagem para a prática diária em sala de vacina de forma segura; aperfeiçoar conhecimentos, habilidades e valores da equipe de enfermagem com experiência em imunizações; estimular a compreensão/entendimento da vacinação como atividade inerente ao conjunto de ações da atenção primária em saúde no contexto de uma unidade de saúde, sob a responsabilidade de uma equipe de saúde, integrante do SUS municipal. Os conteúdos abordados foram: Programa Nacional de Imunização; atribuição da equipe na atenção primária; imunologia; tipos de imunobiológicos; contraindicações; boas práticas e segurança com a rede de frio. Em paralelo inicia-se o segundo recorte temporal, que será apresentado a diante.

#### **4.2 Demais problemas diários identificados/demandados pelas unidades de atenção primária: a evolução**

Passados mais de um ano desde o início das atividades do grupo de trabalho, com mudança de uma profissional e novo processo seletivo para composição do grupo, adentramos no segundo recorte temporal, que se inicia em agosto de 2021 e tem duração de dois meses. O elemento principal é a rotina diária do grupo de trabalho, destacando os variados problemas que se apresentavam na relação da equipe de sanitaristas com os profissionais da APS e os profissionais da gestão.

Este segundo momento possui o registro dos oito POP's, considerados como intermediários e que possuem relação com os processos gerais da APS. Elaborados sobre a premissa de ser o melhor instrumento para garantia da execução das ações de forma equânime em todo o município. A fonte de dados foi exclusivamente a troca de e-mails, principalmente

entre os próprios componentes do grupo de trabalho e em menor quantidade com a Residente de Enfermagem que estava recebendo a preceptoria da equipe no momento, destacando a educação em saúde na Gestão como um movimento importante e inovador. Os atores envolvidos foram as 4 sanitaristas (com troca de uma das componentes), 1 Residente de Enfermagem e 1 Gerente de Serviços de Saúde. Como fonte científica para construção dos POP's foi utilizado documentos do MS, Instituto Nacional do Câncer (INCA), Laboratório Central Noel Nutels do Estado do Rio de Janeiro (LACEN RJ), OMS e demais documentos citados no primeiro recorte temporal.

Nestes oito POP's, a estrutura era composta por título, número, versão, data da emissão, revisão, próxima revisão, símbolo do município, atividade, executante, resultados esperados, materiais necessários e principais atividades.

Neste momento do grupo de trabalho havia passado a fase de transição de hierarquicamente vinculadas a Vigilância em Saúde para Coordenação da APS, encontrava-se com um novo membro recém-formado no Mestrado em Ensino na Saúde da UFF, com uma Mestranda de primeiro ano da Saúde Coletiva do Instituto de Medicina Social Hésio Cordeiro (IMS) da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) e com uma Residente em Enfermagem da Universidade de Vassouras, proporcionando um incentivo, um 'gás motivador', já no segundo ano de enfrentamento da pandemia e incontáveis "ondas" de novas cepas do coronavírus. Buscando fôlego e organização do processo de trabalho, assoberbadas de mais variados problemas gerenciais somado ainda às adversidades do processo de vacinação, a equipe de sanitaristas retoma a idealização de outros POP's.

Apesar desse período ser de curta duração em detrimento dos demais, foi possível constatar um olhar direcionado para os problemas do cotidiano. Em alguma medida, a transferência da equipe de sanitaristas para a gestão da APS, permitiu uma sensibilização dos problemas do cotidiano da APS que estava evidenciado enquanto estavam lotados na vigilância. A carteira de serviços de saúde da APS foi o principal instrumento que motivou a análise e finalização do processo, como será descrito a seguir.

#### 4.3 O boom baseado na carteira de serviços e os ajustes para publicação: o final

Após 1 ano e 4 meses do primeiro POP, adentramos no último recorte temporal, onde posteriormente a construção do décimo primeiro POP, do grupo de trabalho, entendendo que os POP's existentes foram de importância para a APS decide consolidar os mesmos em um Manual, para que os instrumentos sejam utilizados independente das mudanças políticas e decidem a criação dos demais para sua reunião e conclusão.

A decisão da confecção do Manual dita a escolha dos demais POP's, sendo eleito a carteira de serviços da APS, também em construção, para nortear a elaboração.

Este último recorte temporal se inicia em julho de 2022 e tem duração de 10 meses e como elemento principal a carteira de serviços como centro de todo o processo. O recorte possui a confecção de 39 POP's, determinando o maior quantitativo de instrumentos, também tem os registros da produção final no Manual, ao qual finaliza todos os esforços desse período total de dois anos e dois meses. A fonte de dados foi diferente dos demais recortes onde além da troca de e-mails, principalmente entre do grupo de trabalho e a equipe técnica da OSS e em menor quantidade com a equipe da então coordenação da APS e responsável pela identidade visual, tem registros do grupo de WhatsApp da equipe de sanitaristas intitulado "Sanitaristas". Os profissionais envolvidos na construção foram 4 sanitaristas, 1 Enfermeira do Trabalho e 1 Técnico de Enfermagem do Trabalho, contratada pela OSS. Como fonte científica para construção dos POP's foi utilizado documentos do MS, OMS e outros POP's de diversas Instituições.

Nestes últimos POP's, a estrutura é modificada. Anteriormente era composta por título, número, versão, data da emissão, revisão, próxima revisão, símbolo do município, executante, resultados esperados, materiais necessários e principais atividades, neste novo modelo foi acrescentando descritores, conceito, objetivo e responsabilidade; retirado o campo atividade.

Já a algum tempo sobre a Coordenação da APS e desvinculando-se a chefia da OSS, com mudança de Secretária de Saúde, do grupo de trabalho que estava com uma componente gestante e fazendo home office, por comunicação via *WhatsApp* e reuniões via *Google meet*, decidiu por continuar a produção dos POP's, desta vez não baseado na demanda, que a princípio havia se esgotado e então basear na Carteira de Serviços que também estava em processo de construção.

O grupo de trabalho com 3 sanitaristas trabalhando de forma presencial e 1 sanitaria afastada trabalhando remotamente (devido a afastamento por gravidez) conversam via WhatsApp para definição de processos de trabalho, construção de mais fluxos e organização do Manual.

A determinação dos 10 primeiros POP's foram precedidos pelas demandas diárias das sanitaristas com as Unidades de Saúde da Família. A partir daí verificou-se a necessidade de implantar um documento único que reunisse os demais procedimentos/serviços da atenção primária para garantir cientificidade aos profissionais, em especial os da enfermagem, que são os principais agentes executores de serviços na APS. O processo metodológico buscava referências descritas na literatura científica, a partir dos principais termos relacionados com o processo em estudo; e a comparação com procedimentos padronizados em manuais institucionais, nomeamos de cientificidade a esse processo metodológico, evitando qualquer orientação a partir de um conhecimento prévio e advindo exclusivamente dos envolvidos na construção do Manual.

Neste momento, não havia a figura de Coordenador/ Gerente de Enfermagem, somente chefia médica pela OSS, fazendo com que as demandas dos Enfermeiros fossem constantemente direcionadas ao grupo de trabalho.

A delimitação dos demais POP's foi feita baseado na carteira de serviços em construção do Município, em Manuais de outros municípios, como também nos contínuos questionamentos recebidos pela equipe.

A divisão interna para produção deles foi feita de forma aleatória, independente de aproximação com a temática, após o 20º POP construído. Os 5 primeiros construídos pela Sanitarista R, e os 15 seguintes pelas sanitaristas R, L, A e Residente E, os 39 seguintes distribuídos conforme ordem numérica em blocos de 10-10-10-9 para A, L, R e G. Houve divisão em duplas para revisão do conteúdo, A-L e R-G. Intencionando melhor compreensão e busca dos POP's propôs-se a divisão em categorias de procedimentos que se assemelhassem, sendo assim foram definidas nove categorias:

- a) segurança do profissional/usuário;
- b) administração segura de medicamentos;
- c) assistência à saúde;
- d) realização de testes/exames;
- e) integridade física, cutânea e da mucosa;
- f) imunização;



- g) eliminação de qualquer tipo de fluído;
- h) oxigenação/respiração;
- i) atendimento em rede de atenção à saúde.

Posteriormente, foi documentado via e-mail o conjunto total de POP's produzidos para que a Coordenação da APS desse o aval para reunião e produção do Manual. Recebido o aval foi realizado o contato com a equipe técnica via e-mail para solicitação de verba para custear o revisor ortográfico do município. Neste momento, foi realizada uma reunião presencial da equipe técnica da OSS, coordenação da APS, o grupo de trabalho e Chefia administrativa da sede da OSS em Maricá, onde foi autorizado o pagamento. A coordenação da APS agencia o revisor e faz contato para o trabalho, após também agência bibliotecária para produção de ficha catalográfica. Em paralelo o grupo de trabalho solicitava a equipe visual contratada pela OSS para criar capa e contracapa do documento. Por fim, o grupo de trabalho envia documento final para equipe técnica da OSS providenciar impressão de 30 unidades do Manual.

No mês de fevereiro o Movimento de Ativistas da Enfermagem Brasileira de Maricá (MAE), solicitou apoio da Coordenação da APS para confecção conjunta do VI Encontro de Enfermagem. Em reunião com o grupo de trabalho, prestes a finalizar o Manual, as componentes sugeriram a ideia de formalizar a produção técnica para apresentação aos Gerentes de Serviços de Saúde e equipe de Enfermagem no dia principal do evento. Houve uma reunião com a representante do movimento que concordou, assim foi enviado e-mail ao público-alvo citado anteriormente para convocação e comparecimento no dia. Próxima etapa foi a apresentação no dia 20 de maio de 2022 do documento à Enfermagem Maricaense e profissionais da APS, finalizando trabalho árduo destes anos. A seguir, baseado nos resultados apresentados, oferto a discussão à base da literatura científica atual.

## 5 DISCUSSÃO

O maior recorte de tempo analisado foi o intitulado “Emergência sanitária da Covid – 19 e seus impactos na vacinação: o início do processo” devido ao envolvimento de diversos fatores, como o entendimento da função e das atribuições de sanitarista dentro do município, a mudança da Gestão da Coordenação da APS municipal, a alteração do organograma não oficial da SMS com destituição da vinculação do grupo de trabalho a Vigilância em Saúde para Coordenação da APS, além da descoberta dos limites do papel da OSS dentro da gestão e da “chefia” da equipe de sanitaristas. Todas as variáveis citadas interferiram diretamente no longo período como também o processo de aprovação e distribuição nacional da vacinação de covid-19, que somente ocorreu em janeiro de 2021.

Durante todo o período registrado que foi de julho de 2020 a setembro de 2021, a equipe técnica da OSS e as equipes das Unidades da APS revisitavam o e-mail disparado com os POP’s e material do curso e drive dos gestores, ao qual se encontrava nos documentos oficiais disponíveis para os Gerentes dos Serviços de Saúde.

É possível observar nas informações agrupadas que o *start* e a confecção dos três primeiros procedimentos operacionais padrão foi um movimento exclusivo do grupo de trabalho, não iniciado pela Gestão, como geralmente é de costume, determinações verticais. As fontes de dados sinalizam interferência política impedindo a oficialização e subsídios para que o POP de plano de contingência para queda de energia pudesse existir, o que não aconteceu até a publicação do Manual. Também é possível indagar que, durante as mudanças hierárquicas do grupo de trabalho em todo período analisado, houve certo prejuízo na concretização dos objetivos almejados com a instituição dos POP’s, novamente expondo como a interferência política foi um fator contraproducente.

Como discutido na breve revisão da literatura, são muitos entraves nos processos de trabalho da APS, como apresentados no campo dessa dissertação. Foi possível constatar que o vínculo do grupo de trabalho com o serviço de vigilância em saúde foi modificado após às ações iniciais no território. Além disso, limites operacionais da relação entre o contrato estabelecido com a OSS e a gestão municipal não permitiram a liberação de um profissional em uma situação adversa que poderia gerar consequências ao processo de controle dos imunizantes.

Santos e Giovanella (2014) fazem menção à reduzida autonomia dos gestores da saúde em relação ao poder executivo municipal caracterizada como um entrave para fortalecimento

das decisões colegiadas, e que se associadas às discrepâncias de poder técnico e político, vinculavam as determinações ao parâmetro político-partidário acima do técnico.

O estudo de Silva e Benito (2013) salienta a interferência política nas ações de saúde como extremamente impactante. O indivíduo empossado na função de gestor aponta para a disputa de poderes e fragmentação a que perpassa a produção de saúde e que a afasta, muitas vezes, dos interesses da população. Essas tensões são retratos de diferentes interesses que entremeiam o cotidiano do gestor e que tornam a produção de saúde desafiadora.

Pesquisa de Galavote *et al.* (2016) também disserta sobre a temática, ratificando que a interferência política no município analisado representou uma fonte de insatisfação para o gestor, o que gera barreiras para a solidificação do seu plano de trabalho, possuindo a capacidade de desorganizar e reorganizar o fluxo de trabalho e os processos de tomada de decisão e independência dos gestores formais do trabalho.

Além disso, pode-se constatar a influência da emergência em saúde pública determinada pela pandemia da covid-19 como disparador do movimento do grupo de trabalho e causador da proposta de organização da gestão para o processo de trabalho da APS do município. Ao se projetar grandes esperanças de redução da morbimortalidade da covid-19 pela vacinação coletiva, e verificando, durante visitas técnicas as USF's, erros primários referentes a imunização, a equipe mobilizou-se e construiu os primeiros instrumentos, todos ligados as questões básicas envolvendo imunobiológicos.

Sarti *et al.* (2020) discorreram sobre alguns elementos chave para o sucesso do combate à Covid-19, o futuro do SUS e a saúde dos brasileiros, tais como o protagonismo da APS ser assumido com urgência, reforçando seu papel como ordenadora do cuidado no SUS; a reorganização dos fluxos de pacientes e documentos orientadores nos serviços, de forma imediata; a melhoria nas estruturas físicas das USF's, em um projeto de maior prazo; e o fortalecimento da APS no Ministério da Saúde buscando recursos destinados ao setor pela União.

O estudo de Maciel *et al.* (2020) corrobora que a experiência advinda do enfrentamento da pandemia de covid-19, com resultados negativos de proporção catastrófica, possa favorecer o reconhecimento e a mobilização da sociedade em defesa do SUS e da promoção do seu fortalecimento e maior preparo, com maior relevância no contexto da APS, para que nestas situações, o trabalho e os fluxos de cuidado das equipes possam ser reajustados rapidamente sem comprometer as ações já postas sobre os determinantes do processo saúde-doença e sobre os riscos que as famílias e os indivíduos adscritos estão sujeitos. Além do investimento em inovações de meios de trabalho, como o uso das

tecnologias de informação, de forma ampliada para aquém dos momentos de emergência em saúde pública, visando, sobretudo, potencializar e otimizar as atividades desenvolvidas.

Os elementos encontrados nos resultados também nos apontam que foi visto que somente a elaboração e publicização dos POP's sobre vacinação não surtiriam efeito desejado, buscando sua completude através de educação em saúde, inicialmente com Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem, sobre as temáticas basais, que pudessem nivelar os profissionais para imunização da população. O enfoque nesses profissionais se deu devido a serem os que desenvolvem o ato de vacinar, efetivamente, no município.

Sales *et al.* (2018) afirmam que o gestor dos serviços de saúde deve compreender a importância e responsabilidade no planejamento de ações educativas juntamente aos profissionais de saúde, e que deve ser pautado permanentemente nas melhores evidências científicas. Nesse sentido, os cuidados baseados em protocolos são reconhecidos como um mecanismo para facilitar a prática profissional e padronizar cuidados prestados e o processo educativo não deve ser entendido como um exercício pontual, mas sim como uma ação contínua para sua efetivação.

A capacitação dos POP's necessita ser considerada conforme o contexto na EPS, a qual se tenciona sobrepujar ao caráter unicamente técnico e as capacitações pontuais, provocando a participação ativa dos educandos. As propostas referentes à educação devem ponderar sobre processos que tenham prosseguimento, visto que, apesar de ter proporcionado incorporação de conhecimentos e mudanças nas condutas, sabe-se que os resultados alcançados poderiam ser potencializados se a estratégia da EPS fosse adotada, especialmente por possibilitar que a educação ocorra de forma contínua, com o intuito de assegurar direitos, melhoria da qualidade do cuidado e reduzir riscos para o paciente (Duarte; Oliveira, 2012).

Ferreira *et al.* (2019) acreditam que a formação e o desenvolvimento dos trabalhadores da saúde devem se dar de forma reflexiva, participativa e contínua, voltados para as necessidades locais, dos serviços e das pessoas, fortalecendo o elo entre gestores, instituição de ensino, profissionais de saúde e a população na melhoria da qualidade do sistema de saúde.

Um dos elementos que reforçam o novo recorte temporal é a inserção de novos profissionais na equipe e um retorno aos processos de trabalho e ações de saúde da APS, ainda que voltados ao enfrentamento da pandemia da Covid-19, mas com certo amadurecimento no olhar sobre o cotidiano das demandas do território em questão.

Já o recorte temporal “Demais problemas diários identificados/demandados pelas unidades de atenção primária: a evolução” O quarto POP relativo foi relativo ao preenchimento e importância da Ficha de Notificação de Agravos para o Sistema de

Informação de Agravos de Notificação (SINAN). O POP visava o preenchimento correto das fichas de notificação compulsória, quando estariam sem o apoio mais amiúdo da equipe de sanitárias da Vigilância em Saúde, que foram transferidas para a organização da APS. Apesar do apoio já há mais de 1 ano, do grupo de trabalho, a frequência de dúvidas sobre preenchimento da ficha, tratamentos e acompanhamento eram altas, somadas aos problemas advindos do preenchimento inadequado, após o envio das fichas e suas análises, apontando para diversas inconformidades. Neste momento para apoiar a execução desse POP do grupo de trabalho foi ao território, dividida por distritos, participando de cada reunião de equipe e elucidando sobre as doenças e as notificações por meio de estudos de caso. Entretanto, não registramos as evidências deste processo com as equipes.

Araújo *et al.* (2016) remetem a importância do SINAN por corresponder a principal fonte de registros de doenças transmissíveis, devendo ser utilizado como a principal fonte de informação para monitorar a história natural de um agravo ou doença e estimar a sua magnitude como problema de saúde na população, detectar surtos ou epidemias. Todavia, os autores sinalizam problemas como informações fragmentadas, duplicidades, dados pouco fidedignos, transformando o uso desses elementos passível de erros, e por consequência dificultando a tomada de decisões e a gestão do cuidado na atenção básica. Logo, recomenda-se qualificação do preenchimento e monitoramento contínuo desses registros.

Sousa *et al.* (2012) identificaram algumas dificuldades no entendimento dos conceitos e exemplos relativos a doenças de notificação compulsória, de notificação imediata e doenças erradicadas, entre os profissionais da unidade de saúde da família estudada. Concluíram ser importante investir em estratégias de capacitação sobre a temática, voltado para os trabalhadores da ESF, pretendendo corrigir e fortalecer os conceitos e diretrizes do processo de notificação, assim como da responsabilidade ética e legal advinda com o tema.

O quinto POP foi referente ao do **Teste Rápido de Infecções Sexualmente Transmissíveis**. O POP foi desenvolvido após a constatação dos frequentes erros de preenchimento do “Mapa Mensal de Testes Rápidos”. Tratava-se tanto de uma prestação de contas dos testes usados associada a solicitação mensal dos mesmos e que deveria ser preenchido e enviado toda última semana do mês, como uma planilha de acompanhamento dos usuários que realizavam o teste, devendo ser encaminhada para controle, conferência e monitoramento da Gerência de Infecção Sexualmente Transmissível (IST).

Inicialmente, o grupo de trabalho tomou para si a responsabilidade de receber e enviar para a Gerência de IST após avaliação dos dados, após frequentes erros. Quando identificado o erro, a sanitária responsável pela unidade distrital fazia contato com o Gerente de Serviços

de Saúde explicando o erro e solicitando correção. Também havia comunicação e explanação nas reuniões mensais de Gerentes de Serviços de Saúde. Passados 3 meses com os mesmos erros, o grupo de trabalho investiu na padronização com o passo a passo, após discussão com a equipe técnica e Gerência de IST, que também sinalizaram o uso incorreto dos reagentes e assim possíveis erros de diagnóstico. Para apoiar na execução prática dos testes rápidos de IST a Gerência de IST oferecia turnos de treinamento no Centro de Testagem Anônima do município.

Estudo de Araújo e Souza (2021) remete à descentralização da testagem de IST para as equipes da unidade de saúde da APS analisada como positiva, ainda assim, quando avaliado as especificidades existentes no processo de testagem, vislumbrou-se uma série de fragilidades, sem embasamento técnico necessário, evidenciando ser necessário um trabalho de EPS profundo para que o processo ocorra com qualidade e segurança. Os autores também pontuam ser importante refletir como o atendimento vem acontecendo, a fim de identificar as fragilidades e traçar meios para sua resolução.

Corroborando com o estudo anterior, Souza *et al.* (2021a) ratificaram a relevância de uma equipe capacitada e investimento em recursos estruturais e pessoal mínimos para garantir resultados fidedignos, não bastando haver, somente, disponibilidade de testes.

O sexto POP fazia alusão a **coleta de swab orofaríngeo para o teste da Covid-19 e outros vírus respiratórios**. O município passava por várias demandas deste tipo de coleta, ainda vivíamos, como mencionado, ameaças de novas cepas do Coronavírus. Primeiramente a Vigilância em Saúde deixava de ter a equipe sentinela de coleta de *swab*, como anunciado, desfeita para assumir outros cargos na Gestão da APS, momento pelo qual a APS de todo município assumia os sintomáticos, contactantes e gestantes próximas ao parto. Neste momento, o Instituto de Ciência, Tecnologia e Inovação de Maricá (ICTIM) também realizava uma pesquisa aleatória de assintomáticos nas residências, ao qual contou com a organização e execução da equipe de sanitaristas. Sendo necessário treinamento e uniformização do procedimento, o grupo de trabalho usa como base o documento já construído pela equipe sentinela e o aperfeiçoa, elaborando documento oficial. Lembrando que apesar de também mencionar a coleta orofaríngea, desde o auge da pandemia, o Laboratório Central (LACEN) do ERJ somente orientava a coleta da nasofaringe para contingência dos insumos.

O sétimo e oitavo POP's retomam a temática da vacinação, ainda com alta demanda, tratando da **limpeza do refrigerador e posto volante de vacinação**. O primeiro ainda era necessário pela ausência de refrigeradores e necessidade de descongelamento do freezer do

refrigerador. A demanda foi trazida através das sugestões enviadas pela equipe durante a Capacitação de Imunização, bem como, quando constatado nas visitas às USFs e observávamos limpezas incorretas. Pode-se dizer que estar presente nas unidades verificando os processos de trabalho fez com que a equipe identificasse muitos pontos de risco e segurança ao paciente, exigindo um olhar atento dos que mereciam ser descritos e alterados. Já a realização do POP de posto volante de vacinação foi produzido com especial envolvimento da equipe de sanitaristas no primeiro movimento de vacinação, devido ao esquema de *drive thru* realizado no município, além das tradicionais tendas externas das Unidades da APS para garantirem atendimento ao grande volume populacional. A descrição do passo a passo, responsáveis e materiais necessários foi de grande utilidade neste caso, favorecendo a economia de tempo e insumos e organização de um transcurso de vacinação seguro.

O nono POP visava a adequação e início de todos os demais POP's já produzidos, tratava-se do POP de **Higienização das mãos**. Esse POP é uma das metas de segurança do paciente estabelecidas pela Aliança Mundial e pela PNSP, apesar de sua relevância para a garantia da segurança no cuidado, foi sugerido pela Residente de Enfermagem, ao qual ficou responsável pela sua construção. Por ter despertado especial atenção dela para confecção, tornou-se o primeiro POP com fotos próprias, executadas pela mesma, demonstrando o passo a passo a ser seguido pela equipe. O grupo de trabalho apoiou e revisou a elaboração, entendendo a importância da lavagem das mãos anteriormente e após a execução de qualquer procedimento com o paciente, para garantia da segurança do binômio paciente-profissional.

O décimo POP e não menos importante fazia menção a **coleta de papanicolaou**. Diante das reuniões mensais com os Gerentes de Serviços de Saúde, ao qual este exame era incluso, como uma das metas de Gestão da OSS, tanto quanto a meta do Previne Brasil e diante dos preparativos para o 'Outubro Rosa'<sup>11</sup>, foi efetuada uma discussão com o laboratório conveniado e a equipe vislumbrou ser importante a confecção do material.

O décimo primeiro POP descreveu a **coleta de sangue**, em um momento crucial para APS, onde as coletas de sangue para exames laboratoriais passariam a ocorrer dentro da Unidade de APS, com discussão e organização do processo sendo realizados em conjunto pelo grupo de trabalho, equipe técnica da OSS e laboratório conveniado. Aspirando maior aproximação do processo de trabalho é solicitado a uma Gerente de Serviços de Saúde, escolhida de forma aleatória, contribuição técnica para construção do POP. A equipe de

---

<sup>11</sup> Outubro Rosa é o movimento internacional de conscientização para a detecção precoce do câncer de mama (Instituto Nacional do Câncer, 2022).

Enfermagem, executora do procedimento, contava com POP Geral do laboratório e o POP específico realizado pelo grupo de trabalho. Além disso contou com apoio do técnico de laboratório por um mês, estendendo-se em unidades com maiores dificuldades assistenciais. A construção de POP's pode envolver outros atores responsáveis pelo processo, como no caso citado, além do grupo de trabalho, a responsável técnica pela OSS e o laboratório conveniado ao município. Motivação oriunda de uma nova rotina estabelecida pela gestão da APS, sem ter a preocupação com a apropriação do processo por toda a equipe de enfermagem da rede.

Com a finalização desta etapa e proximidade da reunião mensal dos Gerentes dos Serviços de Saúde, foi solicitado a equipe técnica da OSS (detentora das marcações das reuniões e pautas) e da Coordenação da APS, espaço para apresentar os POP's já construídos e para momento de análise com os profissionais gerenciais. Já os Responsáveis Técnicos de Enfermagem haviam se reunido somente uma vez em 2020, devido em grande medida, à ausência dessa Coordenação na OSS e na SMS, e foi solicitado à Coordenação da APS uma nova oportunidade de reuni-los e levar a apresentação e discussão dos POP's como uma das pautas, o que foi aceito e concretizado. Em ambos os momentos, além da discussão também foi solicitado que fosse levado as reuniões de equipe, possíveis sugestões de mudanças que deveriam ser sinalizadas nas duas semanas seguintes. Nenhuma sugestão foi recebida pelos profissionais.

Durante todo o período registrado que foi de agosto de 2021 a outubro de 2021 a equipe técnica da OSS e as equipes das Unidades da APS revisitavam o e-mail disparado com os POP's e material do curso e drive dos gestores, ao qual se encontrava nos documentos oficiais disponíveis para os Gerentes dos Serviços de Saúde.

Verifica-se, a partir das informações, que a nova composição do grupo de trabalho, com uma profissional nova recém egressa de uma especialização voltada para Educação e outra mestranda de saúde coletiva, conferiram novo gás ao time, que apostou novamente na construção de procedimentos operacionais padrão como instrumentos para minimizar ou mesmo sanar os problemas cotidianos da APS.

Estudo de Duarte e Oliveira (2012) enfatiza a importância de os profissionais da gestão procurarem conhecimento sobre a EPS buscando mudanças nas práticas de saúde, contribuindo com o processo de formação e aperfeiçoamento dos profissionais. Um maior envolvimento de todos os atores envolvidos no processo de saúde permitirá qualificação do atendimento as demandas da população. Enfatiza-se a necessidade de as instituições de ensino apoiarem investimentos na mudança do perfil dos futuros profissionais de saúde com vistas a atuação e gestão do SUS.



Galavote *et al.* (2016) revelam que em sua pesquisa a caracterização dos gestores havia o predomínio de trabalhadores do sexo feminino, com idade média de 38 anos e ensino superior completo. O perfil profissional dos ocupantes do cargo de secretário municipal de saúde, predominantes no estudo, era cerca de metade dos gestores sem formação específica na área de gestão em saúde e aproximadamente acima da metade não havia recebido nenhuma formação para o cargo.

Ceccim *et al.* (2002) recomendam a necessidade de criar Núcleos de Desenvolvimento e Núcleos de Administração de Trabalhadores junto às Divisões de Recursos Humanos das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde e a aproximação dos gestores com os docentes e pesquisadores universitários para a formulação de novos protocolos de atenção à saúde, que abandonem a conduta programático-normativa para a atualização técnica e reflexiva da prática assistencial.

Ademais, pode-se vislumbrar que diferentemente do recorte temporal anterior, que apesar de ser ligado aos problemas identificados na execução da vacina, teve influência direta com a emergência em saúde pública vigente, este obteve em temáticas bem diversas, relação apontada como as demandas dos profissionais de saúde e gerentes de serviço de saúde às sanitaristas. Sendo assim, em menor tempo foi construído mais de 200% do número absoluto de POP's iniciais, que abordaram além de questões ligadas a covid-19, como coleta de *swab*, limpeza de refrigerador e montagem de posto volante, questões rotineiras ao processo de trabalho da APS, como testes rápidos IST's, preenchimento da ficha de notificação, e alguns outros exames.

Especificamente, o desenvolvimento do POP de higienização das mãos, sendo considerado o retorno aos quesitos basais, demonstra a tentativa do grupo de trabalho de se garantir a segurança do paciente, em todos os procedimentos executados pela APS que pudessem se tornar POP's posteriores.

Araújo *et al.* (2017), diante da importância que representa a APS no contexto da RAS e o aumento crescente de intervenções clínicas, cirúrgicas e cuidados especializados, compreendem que cabe a este serviço a estruturação do processo de trabalho das suas unidades para a adoção de novo instrumentos, investimento em contínuas capacitações e a implementação de serviços de apoio complementar para garantia da qualidade e a segurança da atenção aos pacientes.

Junges *et al.* (2022) declaram em sua revisão de escopo foi possível depreender que a segurança do paciente não pode depender exclusivamente do compromisso pessoal do profissional de saúde, mas transformar-se em uma responsabilidade organizacional do

sistema. Por esse motivo, a implementação de medidas voltadas para a segurança não pode vincular-se somente a implantação de ferramentas isoladas, mas deve compor um conjunto de medidas organizacionais, criadoras das condições para o estabelecimento de uma cultura da segurança.

Destarte, em menção a incorporação e subsequente execução dos POP's, artigo de Sales *et al.* (2018) corroborou consequências no que se refere à competência clínica dos profissionais de saúde, em especial de enfermagem, ao atendimento dos padrões de segurança do paciente e à segurança do gestor e melhoria na qualidade do serviço, gerando, desse modo, qualidade na assistência prestada e satisfação do paciente.

Essencialmente sobre o POP de coleta de sangue e testes rápidos IST's, examina-se a necessidade pujante de resolução de problemáticas diárias, que além de conferir segurança ao paciente e profissional de uma execução correta e com resultado fidedigno, também eram questões muito a voga, que se apresentavam como obstáculos nas USF's entre os profissionais, profissionais e gerentes de serviço de saúde e profissionais e pacientes, expostos nos e-mails componentes dos dados da pesquisa. Outrossim, o POP de coleta de sangue foi o único, até este momento, que em sua estruturação contou com uma gerente de serviços de saúde, com a finalidade de se aproximar a realidade local. A tentativa de acercamento se deu após a elaboração dos mesmos, solicitando os profissionais validação e possíveis alterações que julgassem tornar mais eficaz.

Pereira *et al.* (2017) reconhecem a importância da padronização da assistência na saúde, acreditando que, para que o POP seja implantado e conseqüentemente seguido, faz-se necessário uma sensibilização anterior dos profissionais, e o envolvimento de toda a equipe do serviço de saúde é diretamente proporcional e determina o sucesso ou insucesso destes procedimentos.

Achado semelhante no estudo de Guerrero, Beccaria e Trevizan (2008) revela que é importante que os profissionais estejam comprometidos com o cuidar e em busca de resultados comuns, logo devem estar envolvidos, cooperar e envolver toda sua equipe com a construção dos processos para melhoria da assistência oferecida. Ressalta-se que o objetivo do POP realmente é esclarecer dúvidas, mas deve ser de modo contínuo, assim como a educação continuada e, por isso, há necessidade de treinamento específico sobre a sua utilização para a melhor compreensão sobre o porquê de não acontecer a realização de técnicas padronizadas por todos os profissionais. Não é desejada a realização automática de técnicas, mas, sim, aliar o saber ao fazer, mesmo diante de ações consideradas simples.

A APS representa um cenário que demanda trabalho em equipe, posto que a RAS aponta articulação entre os serviços, níveis de atenção e agentes do trabalho. Para uma APS efetiva e ordenadora da Rede, é necessário que haja gestão e gerência de acordo com a realidade. A identificação e conhecimento das dificuldades reais enfrentadas pelos agentes facilitam o gerenciamento na APS (Melo *et al.*, 2022).

O mesmo estudo de Melo *et al.* (2022) destacou que para melhor compreensão do processo de trabalho na APS, o investimento na aproximação da gestão municipal de saúde com a realidade vivenciada pelos agentes na APS, bem como de suas fragilidades e potencialidades. Isso fornecerá recursos para a concretização de um modo de trabalho em saúde mais articulado, em equipe, visando uma assistência em saúde mais integrada e acolhedora.

Finalizando o último recorte temporal “O boom baseado na carteira de serviços e os ajustes para publicação: o final”, percebe-se, nos resultados, que o que motiva a construção dos demais POP’s, que foram a grande maioria do Manual, foi a decisão unânime da equipe na conformação de um documento único, compreendendo que os anteriores geraram os frutos esperados. Igualmente, a produção da Carteira de serviços foi de enorme valia para indicação dos demais POP’s.

Artigo de Cunha *et al.* (2020) indica que a carteira de serviços destaca as pessoas no centro do processo e contribui para o fortalecimento da oferta de cuidados próprios da APS. Além disso, oferece transparência ao catalogar para toda a sociedade a lista de ações e serviços da APS e auxilia para o monitoramento e avaliação dos processos de gestão ao permitir a construção de alguns indicadores de acompanhamento para a implantação dos serviços de saúde listados na carteira.

Sobre basear a construção dos POP’s na carteira de serviços, pode-se levar em consideração pesquisa de Pereira *et al.* (2017) ao qual afirmam que para elaboração do POP, deve-se estruturar e validar mediante as potencialidades do contexto e necessidade percebida no ambiente de trabalho a fim de que se consolide como um instrumento importante, com potencial para auxiliar na segurança, qualidade e eficiência do serviço, colaborando para a eficácia do sistema de gestão.

Por fim, percebe-se que apesar de não ter uma prescrição direta dos gestores em posição hierarquicamente superiores as sanitaristas, para sua revisão técnica, organização visual e publicização, houve o reconhecimento por parte da gestão municipal e gestão da OSS, a fim de tornar um documento oficial do município, resistente ao tempo e alterações políticas.

Os gestores dos três poderes executivos desempenham um papel decisivo na configuração das práticas e processos de trabalho por meio das políticas, dos mecanismos de financiamento, da provisão estrutural de condições materiais oferecidas aos trabalhadores para desempenho das suas atividades e ações de saúde. É notório lembrar que da mesma maneira como ocorre com trabalhadores e pacientes, os gestores, em suas diferentes esferas de atuação são atravessados por múltiplos planos, interesses, personagens, potencializados por alguns encontros, despotencializados por outros. A política, nos espaços de governo, também é fabricada micropoliticamente. Por isso, a complexidade do mundo do cuidado tem consequências para o modo de se refletir a política e a gestão em saúde (Feuerwerker, 2014).

Porém, após a publicação do Manual, o grupo de trabalho foi desfeito, com as profissionais assumindo diferentes posições e funções ainda dentro da Gestão Municipal e da OSS, não permitindo a análise da aplicação dos POP's, para avaliar se houve mudanças nos processos, como também não houve treinamento específico, como foi realizado nos três primeiros.

Nesse sentido, Sales *et al.* (2018) ressaltam que em seu estudo o panorama apresentado pelos não participantes da capacitação dos POP's retratou ser um ponto negativo e evidenciou a importância da avaliação pós-implantação.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O relato dessa experiência com a construção de um manual de procedimentos para a APS, parte de uma emergência sanitária que mobilizou todo o sistema de saúde. A constatação de que havia outros pontos de risco na cadeia assistencial mobilizou a construção de outros POP's, ainda que não havendo um processo metodológico bem estabelecido, nem no tocante ao levantamento de necessidades, feito de forma empírica e baseado na percepção das sanitaristas. Entretanto, mobilizou e permitiu a revisão de várias ações e processos de trabalho na APS que podem levar a incidentes.

Foi possível constatar que não houve a construção de um processo para notificação de possíveis incidentes na APS, podendo ser uma janela de oportunidade para desenvolver um Programa de Segurança do Paciente na APS, no município.

A divisão do grupo de trabalho responsável na construção dos procedimentos eleitos para constar no Manual foi uma divisão entre o grupo de trabalho das demandas de trabalho da Gestão. Os POP's dos dois momentos iniciais foram desenvolvidos pelo grupo de trabalho, como também todo o treinamento efetuado. Os demais POP's tiveram a inserção de novos profissionais e novo formato sendo divididos de forma aleatória. Todos os documentos tiveram como referência os documentos do MS, INCA, LACEN RJ, OMS e outros POP's de diversas Instituições, como EBSERH e prefeituras, evidenciando a importância da construção de referências e da necessidade de troca de experiências entre as abordagens utilizadas. Esse processo comparativo e o diálogo com a literatura científica atualizada permite uma reflexão sobre as práticas e processos comuns entre organizações e instituições de saúde. Pode propiciar o contato da equipe com as principais evidências científicas descritas e qualificar os pontos da cadeia assistencial. Outro facilitador, é que fica evidente a ausência de tempo para realização de um processo mais sistemático de elaboração de documentos com base nos métodos de revisão existentes em concomitância com a militância do exercício profissional cotidiano.

A fase de eleição dos processos assistenciais que foram objeto da padronização no Manual de Procedimentos Operacionais Padrão da APS foi fundamentada a depender do período de elaboração, inicialmente voltado para emergência em saúde pública, posteriormente nas atividades mais comuns do processo de trabalho na APS e por fim relacionado aos serviços oferecidos na carteira de serviços da atenção primária, como

abordado. É oportuno rever os processos de trabalho relativos à carteira de serviços prestados na APS e novas demandas de ações e serviços.

Constatou-se certa influência política negativa da gestão, reduzindo a capacidade de implementação dos instrumentos construídos, limitando autonomia da organização dos processos internos identificados como prejudiciais para o processo de trabalho da APS. Além do mais, a não identificação pelos gestores superiores de estratégias que visem solucionar os problemas enfrentados pela APS fizeram com que esse momento de elaboração deste recurso fosse desenvolvido somente pela equipe de sanitaristas, em uma trajetória muito solitária e sem diálogo crítico com os operadores das atividades envolvidas.

No entanto, foi possível evidenciar que apesar de alguns POP's serem baseados nos problemas cotidianos, foram discutidos para garantir a segurança do paciente, dos profissionais da saúde e da gestão. A maioria dos POP's foi confeccionado pelo grupo de trabalho para constar no Manual, sendo um problema significativo que poucos POP's tenham sido elaborados utilizando a experiência dos profissionais assistenciais, ratificando o distanciamento da realidade e a fragilidade para sua concretização na prática.

Por fim, apesar da sua publicação em meio virtual, seu acesso via “portal Inova APS” e Google Drive, além de e-mail e meio impresso, essencial para ofertar acesso ao material, não houve, após o evento de lançamento, recurso para avaliar a efetividade, buscando verificar possíveis alterações no processo de trabalho das USF's, principalmente devido a realocação do grupo de trabalho das sanitaristas em julho de 2022, o que foi impeditivo também para capacitações em apoio a execução dos POP's.

Espera-se que este trabalho saliente a importância de uma gestão fortalecida, tanto por profissionais capacitados quanto por vínculos estáveis, para que possam dar continuidade a projetos de aprimoramento profissional e segurança do paciente, assunto ainda tão pouco discutido na APS.

## REFERÊNCIAS

- AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **Boletim informativo Segurança do Paciente e Qualidade em serviços de saúde**. Brasília, DF: ANVISA, 2018. n. 1, v. 1. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/f72c20804863a1d88cc88d2bd5b3ccf0/BOLETIM+I.PDF?MOD=AJPERES>. Acesso em: 20 set. 2022.
- ALEGRE, Laura. Para OMS, segurança do paciente é de responsabilidade coletiva. **Jornal da USP**, São Paulo, 17 jun. 2019. Disponível em: <https://jornal.usp.br/atualidades/para-oms-seguranca-do-paciente-e-de-responsabilidade-coletiva/>. Acesso em: 16 out. 2022.
- ARANAZ, Jesús. **Estudio APEAS**. Estudio sobre la seguridad de los pacientes en atención primaria de salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2008. Disponível em: [https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/estudio\\_apeas.pdf](https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/estudio_apeas.pdf). Acesso em: 26 out. 2022.
- ARAUJO, Graciela *et al.* Segurança do Usuário: Cuidados com o processamento de artigos críticos na Atenção Básica. **Rev. Enferm. UFPE**, Recife, v. 11, n. 10, p. 4096-102, out. 2017. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/231170>. Acesso em: 20 set. 2022.
- ARAÚJO, Túlio; SOUZA, Marize. Atuação das equipes de Atenção Primária à Saúde no teste rápido para Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 45, n. 131, p. 1075-1087, out./dez. 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/TGfx48PRv5kJVFjnDFSk3h/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 28 maio 2023.
- ARAÚJO, Yana Balduino *et al.* Sistemas de Informação em Saúde: inconsistências de informações no contexto da Atenção Primária. **J. Health Inform.**, São Paulo, v. 8, p. 164-170, dez. 2016. Disponível em: <https://jhi.sbis.org.br/index.php/jhi-sbis/article/view/438/295>. Acesso em: 28 maio 2023.
- ARCARI, Janete Madalena *et al.* Perfil do gestor e práticas de gestão municipal no Sistema Único de Saúde (SUS) de acordo com porte populacional nos municípios do estado do Rio Grande do Sul. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, fev. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020252.13092018>. Acesso em: 16 out. 2022.
- AZEVEDO, Cristina. Seminário discute desafios para a saúde global em 2022. **FIOCRUZ**, Rio de Janeiro, 21 fev. 2022. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/noticia/seminario-discute-desafios-para-saude-global-em-2022-23/2>. Acesso em: 28 maio 2023.
- BOUSADA, Guilherme Mateus; PEREIRA, Erlon Lopes. Produção de vacinas virais Parte I: Engenharia de bioprocessos. **Rev. Univ. Vale Rio Verde**, Três corações, v. 15, n. 1, p. 309-332, jul./2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.5892/ruvrd.v15i1.4038>.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **A Atenção Primária e as Redes de Atenção à Saúde**. Brasília, DF: CONASS, 2015. Disponível em: <https://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/A-Atencao-Primaria-e-as-Redes-de-Atencao-a-Saude.pdf>. Acesso em: 20 set. 2022.

BRASIL. **Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF, 1990. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/18080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm). Acesso em: 16 out. 2022.

BRASIL. **Lei nº 9.637, de 15 de maio de 1998**. Dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais, a criação do Programa Nacional de Publicização, a extinção dos órgãos e entidades que menciona e a absorção de suas atividades por organizações sociais, e dá outras providências. Brasília, DF, 1998. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/rmHPcmMp594BL6wMdkkWx8v/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 16 out. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014. 40 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica à Saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 188, de 3 de fevereiro de 2020**. Declara Emergência em Saúde Pública de importância Nacional (ESPIN) em decorrência da Infecção Humana pelo novo Coronavírus (2019-nCoV). Brasília, DF, 2020a. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt0188\\_04\\_02\\_2020.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt0188_04_02_2020.html). Acesso em: 27 set. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 397, de 16 de março de 2020**. Altera as Portarias de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, nº 5 de 28 de setembro de 2017, e nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre o Programa Saúde na Hora, no âmbito da Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, DF, 2020b. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt0397\\_16\\_03\\_2020.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt0397_16_03_2020.html). Acesso em: 27 set. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 648, de 28 de março de 2006**. Brasília, DF, 2006. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0648\\_28\\_03\\_2006.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0648_28_03_2006.html). Acesso em: 20 set. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. **Carteira de serviços da Atenção Primária à Saúde (CaSAPS)**: versão profissionais de saúde e gestores. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2020c. 83 p. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carteira\\_servicos\\_atencao\\_primaria\\_saude.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carteira_servicos_atencao_primaria_saude.pdf). Acesso em: 27 set. 2022.



BRASIL. Tribunal de Contas da União. **Referencial básico de gestão de riscos**. Tribunal de Contas da União. Brasília, DF: TCU, Secretaria Geral de Controle Externo, 2018. 154 p. Disponível em: [https://portal.tcu.gov.br/data/files/21/96/61/6E/05A1F6107AD96FE6F18818A8/Referencial\\_basico\\_gestao\\_riscos.pdf](https://portal.tcu.gov.br/data/files/21/96/61/6E/05A1F6107AD96FE6F18818A8/Referencial_basico_gestao_riscos.pdf). Acesso em: 07 out. 2022.

CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE. **Estabelecimento de Saúde do Município**: Maricá. 2023. Disponível em: [https://cnes2.datasus.gov.br/Lista\\_Es\\_Municipio.asp?VEstado=33&VCodMunicipio=330270&NomeEstado=](https://cnes2.datasus.gov.br/Lista_Es_Municipio.asp?VEstado=33&VCodMunicipio=330270&NomeEstado=). Acesso em: 15 out. 2022.

CAMPOS, G. W. S. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. *In*: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (org.). **Agir em Saúde**: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 2007. p. 229-266.

CARMO, Eduardo Hage; PENNA, Gerson; OLIVEIRA, Wanderson Kleber de. Emergências de saúde pública: conceito, caracterização, preparação e resposta. **Estudos Avançados**, São Paulo, v. 22, n. 64, 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-40142008000300003>. Acesso em: 20 set. 2022.

CECCIM, Ricardo *et al.* O que dizem a legislação e o controle social em saúde sobre a formação de recursos humanos e o papel dos gestores públicos, no Brasil. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, p. 373-383, 2002. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232002000200016>. Acesso em: 15 maio 2023.

CECILIO, Luiz Carlos *et al.* A Atenção Básica à Saúde e a construção das redes temáticas de saúde: qual pode ser o seu papel? **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, p. 2893-2902, nov. 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012001100006>. Acesso em: 15 out. 2022.

CLASSIFICAÇÃO BRASILEIRA DE OCUPAÇÕES. **Relatório de Título**. 2022. Disponível em: [file:///C:/Users/ESF%20MARICA/Downloads/CBO2002\\_LISTA.PDF](file:///C:/Users/ESF%20MARICA/Downloads/CBO2002_LISTA.PDF). Acesso em: 07 out. 2022.

COÊLHO, Bernardete Perez. **A reformulação da clínica e gestão na saúde**: subjetividades, política e invenção de práticas. São Paulo: Hucitec, 2015.

CORBELINNI, V. L *et al.* Eventos adversos relacionados a medicamentos: percepção de técnicos e auxiliares de enfermagem. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, DF, v. 64, n. 2, p. 241-247, mar./abr. 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672011000200004>. Acesso em: 15 out. 2022.

CÓRDULA, Eduardo; NASCIMENTO, Glória. A produção do conhecimento na construção do saber sociocultural e científico. **Rev. Educ. Públ.**, Rio de Janeiro, v. 18, p. 1-10, 2018. Disponível em: <https://educacaopublica.cecierj.edu.br/artigos/18/12/a-producao-do-conhecimento-na-construcao-do-saber-sociocultural-e-cientifico>. Acesso em: 07 out. 2022.

COUTO, Marcia *et al.* Considerações sobre o impacto da covid-19 na relação indivíduo-sociedade: da hesitação vacinal ao clamor por uma vacina. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 30, n.1, 2021. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/sausoc/a/rQFs3PMLgZprt3hkJMyS8mN/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 07 out. 2022.

COVELLO, Vincent; MUNPOWER, Jeryl. Risk analysis and risk management: an historical perspective. **Risk Anal.**, New York, v. 5, n. 2, p. 103-120, 1985. Disponível em:

<https://doi.org/10.1111/j.1539-6924.1985.tb00159.x>. Acesso em: 07 out. 2022.

CRUZ, Roberto Moraes *et al.* Redação científica de artigos: problemas comuns. **Rev. Psicol., Organ. Trab.**, Brasília, DF, v. 20, n. 3, p. 1-2, 2020. Disponível em Disponível em

[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1984-66572020000300001&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-66572020000300001&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 07 out. 2021.

CUNHA, Carlo *et al.* Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde: garantia de integralidade nas Equipes de Saúde da Família e Saúde Bucal no Brasil. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p.1313-1326, 2020. Disponível em: <https://DOI:10.1590/1413-81232020254.31862019>. Acesso em: 07 abr. 2023.

CUTOLO, Luiz Roberto. Modelo biomédico, reforma sanitária e a educação pediátrica. **ACM arq. catarin. med.**, Florianópolis, v. 35, n. 4, p. 16-24, 2006. Disponível em:

<https://www.acm.org.br/acm/revista/pdf/artigos/392.pdf>. Acesso em: 07 abr. 2023.

CZERESNIA, Dina. Ciência, técnica e cultura: relações entre riscos e práticas de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 447-455, 2004. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/csp/a/q3BT7rn3MbYdhrzVrCv6WXG/?lang=pt>. Acesso em: 07 out. 2022.

DALTRO, Monica; DE FARIA, Anna. Relato de experiência: Uma narrativa científica na pós-modernidade. **Estud. pesqui. psicol.**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 223-237, 2019.

Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revispsi/article/view/43015/29664>. Acesso em: 07 out. 2022.

DRUCK, Maria; FRANCO, Tania. A precarização do trabalho no Brasil: um estudo da evolução da terceirização/subcontratação no Brasil e na indústria da Bahia na última década.

**Rev. Latinoamericana de estudios del trabajo**, [s.l.], p.1-23, 2008. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/bitstream/ri/3154/1/2739418.pdf>. Acesso em: 16 out. 2022.

DUARTE, Maria de Lourdes; OLIVEIRA, Aládia. Compreensão dos coordenadores de Serviços de Saúde sobre Educação Permanente. **Cogitare Enferm.**, Curitiba, v. 17, n. 3, p. 506-512, jul./set. 2012. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/4836/483648964014.pdf>.

Acesso em: 28 maio 2023.

FARIA, Horácio *et al.* **O processo de trabalho em atenção básica à saúde**. 2.ed. Belo Horizonte: Nescon/ UFMG, Coopmed, 2009. 68p.

FELDMAN, Liliane Bauer. Gestão de risco e segurança hospitalar: prevenção de danos ao Paciente, notificação, auditoria de risco, aplicabilidade de ferramentas, monitoramento. São Paulo: Martinari, 2008.

FERREIRA, Lorena *et al.* Educação Permanente em Saúde na atenção primária: uma revisão integrativa da literatura. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 120, p. 223-239, jan./mar. 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/3wP8JDq48kSXrFMZqGt8rNQ/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 28 maio 2023.

FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz. **Micropolítica e saúde**: produção do cuidado, gestão e formação. Porto Alegre: Rede Unida, 2014.

FILGUEIRAS, Vitor; CAVALCANTE, Sávio. Terceirização: debate conceitual e conjuntura política. **Revista ABET**, [s.l.], v. 14, n. 1, p. 15-36, 2015. Disponível em: <https://www.dmtemdebate.com.br/terceirizacao-debate-conceitual-e-conjuntura-politica/>. Acesso em: 16 out. 2022.

FISCHHOFF, Baruch *et al.* Risk perception and communication. **Annu. Rev. Publ. Health.**, [s.l.], v. 14, p. 183-203, 1993. Disponível em: <https://doi.org/10.1146/annurev.pu.14.050193.001151>. Acesso em: 07 out. 2022.

FONSECA, Julia *et al.* Expressões da precarização do trabalho nas regras do jogo: Organizações Sociais na Atenção Primária do município do Rio. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 45, n. 130, p. 590-602, jul./set. 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/rmHPcmMp594BL6wMdkkWx8v/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 16 out. 2022.

FRANCO, Tulio; MERHY, Emerson. Programa de Saúde da Família, PSF: Contradições de um Programa destinado à Mudança do Modelo Tecnoassistencial. *In*: MERHY, Emerson Elias (org.). **O trabalho em Saúde**: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: Hucitec, 2004. p. 55-124. Disponível em: <https://docplayer.com.br/5470954-Programa-de-saude-da-familia-psf-contradicoes-de-um-programa-destinado-a-mudanca-do-modelo-tecnoassistencial.html>. Acesso em: 07 maio 2023.

FRANK, Bruna *et al.* Avaliação da longitudinalidade em unidades de Atenção Primária à Saúde. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 105, abr./jun. 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-110420151050002008>. Acesso em: 16 out. 2022.

FRASER, John; SIMKINS, Betty. **Enterprise Risk Management**: Today's Leading Research and Best Practices for Tomorrow's Executives. Nova Jersey: John Wiley & Sons, 2010.

FREITAS, Carlos Machado de. Riscos e processos decisórios: implicações para a vigilância sanitária. *In*: ROSENFELD, Suely (org.). **Fundamentos da vigilância sanitária**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000. p. 201-214. Disponível em: [http://www.epsjv.fiocruz.br/pdtspl/includes/header\\_pdf.php?id=331&ext=.pdf&titulo=Riscos](http://www.epsjv.fiocruz.br/pdtspl/includes/header_pdf.php?id=331&ext=.pdf&titulo=Riscos). Acesso em: 07 out. 2022.

GALAVOTE, Heletícia *et al.* A gestão do trabalho na estratégia saúde da família: (des)potencialidades no cotidiano do trabalho em saúde. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 25, n. 4, out./dez. 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902016158633>. Acesso em: 28 maio 2023.

GROLLMUS, Nicolás; TARRÉS, Joan. Relatos metodológicos: difractando experiências narrativas de investigación. **Forum qual. soc. res.**, Bonn, v. 16, n. 2, Mayo 2015. Disponível em: <https://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/2207>. Acesso em: 07 out. 2022.

GUERRERO, Giselle Patrícia; BECCARIA, Lúcia Marinilza; TREVIZAN, Maria Auxiliadora. Procedimento operacional padrão: utilização na assistência de enfermagem em serviços hospitalares. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 16, n. 6, dez. 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692008000600005>. Acesso em: 27 set. 2022.

HUBBARD, Graham. Measuring Organizational Performance: Beyond the Triple Bottom Line. **Business Strategy and Environment**, v. 18, n. 3, p. 177-191, 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/bse.564>. Acesso em: 27 set. 2022.

IBGE. **Cidades e Estados**. 2021 Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/rj/marica.html>. Acesso em: 16 ago. 2022.

IGLESIAS, Alexandra *et al.* Relações entre Profissionais da Gestão e dos Serviços: Falar para um Vazio. **Psicol. ciênc. prof.**, Brasília, DF, v. 42, e240194, p. 1-14, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-3703003240194>. Acesso em: 28 maio 2023.

INSTITUTO GNOSIS. **Edital nº 01/2020** - Processo Seletivo Simplificado. Disponível em: [https://0e042c68-bd6b-4653-b8c4-08587cb70e7c.filesusr.com/ugd/d3df7f\\_6b3cf7bc09a24983bc5903c0bc92c362.pdf](https://0e042c68-bd6b-4653-b8c4-08587cb70e7c.filesusr.com/ugd/d3df7f_6b3cf7bc09a24983bc5903c0bc92c362.pdf). Acesso em: 05 out. 2022.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER (Brasil). **Outubro Rosa 2022**. Disponível em: <https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/campanhas/2022/outubro-rosa#:~:text=O%20movimento%20internacional%20de%20conscientiza%C3%A7%C3%A3o,lan%C3%A7ado%20pela%20Fundac%C3%A7%C3%A3o%20Susan%20G>. Acesso em: 18 jun. 2023.

JOINT COMMISSION INTERNATIONAL. **Padrões de acreditação da Joint Commission International para hospitais**. Editado por Consórcio Brasileiro de Acreditação de Sistemas e Serviços de Saúde. Rio de Janeiro: CBA, 2011. Disponível em: [file:///C:/Users/rrorg/Downloads/joint%20comission%20Fourth\\_Edition\\_Hospital\\_Manual\\_Portuguese\\_Translation.pdf](file:///C:/Users/rrorg/Downloads/joint%20comission%20Fourth_Edition_Hospital_Manual_Portuguese_Translation.pdf). Acesso em: 16 out. 2022.

JONES, D. S. History in a crisis: lessons for covid-19. **N. Engl. j. med.**, Boston, v. 382, n. 18, p. 1681-1683, 2020. Disponível em: <https://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMp2004361>. Acesso em: 05 out. 2022.

JUNGES, José *et al.* Segurança Do Paciente Na Atenção Primária À Saúde: Uma Revisão de Escopo. **Rev. Cient. Saúde Tecnol.**, [s.l.], v. 2, n. 5, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.53612/recisatec.v2i5.124>. Acesso em: 28 maio 2023.

KUSCHNIR, Rosana; CHORNY, Adolfo. Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2307-2316, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000500006>. Acesso em: 16 out. 2022.

LAVRAS, Carmen. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. **Saúde Soc.**, São Paulo, n. 4, v. 20, p. 867-874, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/CrHzJyRTkBmxLQBttmX9mtK/?lang=pt>. Acesso em: 07 out. 2022.

LAZZARESCHI, Noêmia. Flexibilização, desregulamentação e precarização das relações de trabalho: uma distinção necessária. **Revista Labor**, Fortaleza, v. 13, p. 63-82, 2015. Disponível em: <https://repositorio.ufc.br/handle/riufc/23523>. Acesso: 15 out. 2022.

LIMA, Elizabeth Maria Freire de Araújo; YASUI, Silvio. Territórios e sentidos: espaço, cultura, subjetividade e cuidado na atenção psicossocial. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 102, p. 593-606, jul./set. 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/0103-1104.20140055>. Acesso em: 07 out. 2022.

LUCCHESI, Geraldo. **Globalização e regulação sanitária: os rumos da vigilância sanitária no Brasil**. 2001. 245 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2001.

MACIEL, Fernanda *et al.* Agente comunitário de saúde: reflexões sobre o processo de trabalho em saúde em tempos de pandemia de Covid-19. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n.2, out 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320202510.2.28102020>. Acesso em: 20 abr. 2023.

MAGALHÃES, Ana Maria Muller; DUARTE, Érica Rosalba Mallmann. Tendências Gerenciais que podem levar a Enfermagem a percorrer novos caminhos. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, DF, v. 57, n. 4, p.408-411, jul./ago. 2004. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/Y4Z53fJ8XL8xpnFqL4tZXdG/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 20 abr. 2023.

MARCHON, Simone *et al.* Características dos eventos adversos na atenção primária à saúde no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 11, nov. 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00194214>. Acesso em: 26 out. 2022.

MARQUES, Rayane *et al.* Analysis of the multiprofessional teamwork for actions regarding diet and nutrition in primary health care. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 01-17, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol0024>. Acesso em: 20 abr. 2023.

MARTINS, Jessica *et al.* A vacinação no cotidiano: vivências indicam a Educação Permanente. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/QbkhC3CSL3BcKkrzrmCpf9P/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 01 ago. 2023.

MELO, Eduardo *et al.* Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, esp. 1, set. 2018. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-967845>. Acesso: 15 out. 2022.

MELO, Larissa *et al.* Relações interprofissionais na Estratégia Saúde da Família: percepção da gestão em saúde. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, DF, v. 75, n. 3, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0636>. Acesso: 15 maio 2023.

MESQUITA, Karina *et al.* Segurança do Paciente na Atenção Primária à Saúde: Revisão Integrativa. **Cogitare Enferm.**, Curitiba, v. 21, n. 2, p. 1-8, abr./jun. 2016. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-684>. Acesso em: 26 out. 2022.

MOLLER, Alexandre. **Proposição de procedimentos operacionais padrão nas atividades relacionadas com o Fundo de Saúde do Exército (FUSEX)**. 2019. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização) - Escola de Formação Complementar do Exército, Centro Universitário do Sul de Minas, Varginha, 2019.

MUSSI, Ricardo *et al.* Pressupostos para a elaboração de relato de experiência como conhecimento científico. **Rev. Práxis Educacional**, [s.l.], v. 17, n. 48, p. 60-77, out./dez. 2021. Disponível em: <https://periodicos2.uesb.br/index.php/praxis/article/view/9010>. Acesso em: 07 out. 2022.

OLIVEIRA, Ana Camila Rodrigues; SILVA, Liane Márcia Freitas; LEITE, Maria Silene Alexandre. Gestão de Riscos em cadeia de suprimentos: aplicação em uma distribuidora de gás canalizado. **Revista Produção Online**, Florianópolis, v. 18, n. 3, p. 1076-1101, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.14488/1676-1901.v18i3.3131>. Acesso em: 07 out. 2022.

ORGANISTA, José Henrique Carvalho. **O processo de informalização das relações de trabalho**: estado, desregulamentação e informalização. 2007. Tese (Doutorado em Ciências Sociais) - Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Erros de medicação**: série técnica sobre Atenção Primária mais segura. 2020. Disponível em: <https://proqualis.fiocruz.br/relatorio/erros-de-medica%C3%A7%C3%A3o-s%C3%A9rie-t%C3%A9cnica-sobre-aten%C3%A7%C3%A3o-prim%C3%A1ria-mais-segura>. Acesso em: 26 out. 2022.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Inovando o papel da Atenção Primária nas Redes de atenção à Saúde**, 2011. Disponível em: [https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/18458/9788579670664\\_por.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/18458/9788579670664_por.pdf?sequence=1&isAllowed=y). Acesso em: 07 out. 2022.

PAESE, Fernanda; DAL SASSO, Grace. Cultura da segurança do paciente na atenção primária à saúde. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 22, n. 2, p. 302-310, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-07072013000200005>. Acesso em: 26 out. 2022.

PALADINI, Edson. **Gestão Estratégica da Qualidade**: princípios, métodos e processos. A qualidade e as lições da crise. São Paulo: Atlas, 2010. Disponível em: <https://pt.scribd.com/document/433582614/Gestao-Estrategica-Da-Qualidade>. Acesso em: 07 out. 2022.

PEREIRA, Lilian *et al.* Avaliação de procedimentos operacionais padrão implantados em um serviço de saúde. **Arq. Ciênc. Saúde**, São José do Rio Preto, v. 24, n. 4, p. 47-51, out./dez. 2017. Disponível em: <http://www.cienciasdasaude.famerp.br/index.php/racs/article/view/840>. Acesso em: 27 set. 2022.

PEREIRA, Maurício. **Epidemiologia**: teoria e prática. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1995.

PREFEITURA MUNICIPAL DE MARICÁ. **Jornal Oficial de Maricá**, Maricá, ano XII, n. 1035, p. 08, 16 mar. 2020. Disponível em: <https://www.marica.rj.gov.br/jom/ed-1035/>. Acesso em: 27 ago. 2022.

PREFEITURA MUNICIPAL DE MARICÁ. Plano Municipal de Saúde 2018-2021. 2018.

RODRIGUES, Ciane dos Santos *et al.* A Precarização do trabalho como questão bioética: o trabalho na Atenção Primária. **Convención Internacional de Salud**, Cuba Salud 2018. Disponível em: <http://convencionsalud2018.sld.cu/index.php/convencionsalud/2018/paper/download/1795/816>. Acesso em: 27 ago. 2022.

SALES, Camila *et al.* Protocolos Operacionais Padrão na prática profissional da enfermagem: utilização, fragilidades e potencialidades. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, DF, v. 71, n. 1, p. 138-146, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/cc7m9JRGcVMPS9wpKshkVZz/?lang=pt>. Acesso em: 28 maio 2023.

SANTOS, Adriano; GIOVANELLA, Ligia. Governança regional: estratégias e disputas para gestão em saúde. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 48, n. 4, p. 622-663, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/fPbZYg5dFrmkHdLTDgrbpzm/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 28 maio 2023.

SANTOS, Sérgio Ribeiro; SILVA, César Cavalcanti; COSTA, Maria Bernadete de Sousa (org.). **Gestão de Risco e Segurança do Paciente**: Uma Abordagem Multiforme. João Pessoa: Editora do CCTA, 2017. Disponível em: [http://plone.ufpb.br/editoraccta/contents/titulos/saude/gestao-de-risco-e-seguranca-do-paciente-uma-abordagem-multiforme/gestao\\_riscoeseguranca.pdf](http://plone.ufpb.br/editoraccta/contents/titulos/saude/gestao-de-risco-e-seguranca-do-paciente-uma-abordagem-multiforme/gestao_riscoeseguranca.pdf). Acesso em: 07 out. 2022.

SARTI, Thiago *et al.* Qual o papel da Atenção Primária à Saúde diante da pandemia provocada pela COVID-19? **Epidemiol. Serv. Saude**, Brasília, DF, v. 29, n. 2, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ress/a/SYhPKcN7f8znKV9r93cpF7w/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 28 maio 2023.

SCHERER, Magda Duarte dos Anjos; PIRES, Denise; SCHWARTZ, Yves. Trabalho coletivo: um desafio para a gestão em saúde. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 4, p. 721-725, ago. 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/DQWsmshGTGPKd6psQZwSmbF/?lang=pt>. Acesso em: 20 abr. 2023.

SEIDL, Helena *et al.* Gestão do trabalho na Atenção Básica em saúde: uma análise a partir da perspectiva das equipes participantes do PMAQAB. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, p. 94- 108, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/0103-1104.2014S008>. Acesso em: 28 maio 2023.

SILVA, Antônio Augusto Moura da. Sobre a possibilidade de interrupção da epidemia pelo coronavírus (COVID-19) com base nas melhores evidências científicas disponíveis. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo, v. 23, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-549720200021>. Acesso em: 20 abr. 2023.

SILVA, Belo; BENITO, Gladys. A voz de gestores municipais sobre o acesso à saúde nas práticas de gestão. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 8, p. 2189-2200, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/DD6mMJqvDCdmjWZpFjVzyQs/>. Acesso em: 28 maio 2023.

SORATTO, João *et al.* Satisfação dos profissionais da Estratégia Saúde da Família no Brasil: um estudo qualitativo. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 29, e20180104, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2018-0104>. Acesso em: 23 maio 2023.

SOUSA, Jamyle *et al.* Precarização dos Serviços de Saúde e suas implicações no processo de trabalho em saúde na Atenção Primária à Saúde em Fortaleza. *In: JORNADA INTERNACIONAL DE POLÍTICAS PÚBLICAS*, 8., 2017, São Luis. **Anais [...]**. São Luis: Universidade Federal do Maranhão, 2017. p. 1-12. Disponível em: <http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2017/pdfs/eixo14/precarizacaodosservicosdesaudeesuasimplicacoesnoprocessodetrabalhoemsaudenaatencaopr.pdf>. Acesso em: 07 out. 2022.

SOUSA, Paulo; MENDES, Walter. **Segurança do paciente: criando organizações de saúde seguras**. 2. ed. rev. Rio de Janeiro: CDEAD, ENSP, FIOCRUZ, 2019. 268 p. Disponível em: <https://doi.org/10.7476/9788575416426>. Acesso em: 07 out. 2022.

SOUSA, Selônia *et al.* Conhecimento sobre doenças e agravos de notificação compulsória entre profissionais da Estratégia Saúde da Família no município de Teresina, estado do Piauí, Brasil – 2010. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, DF, v. 21, n. 3, set. 2012. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742012000300012>. Acesso em: 20 abr. 2023.

SOUZA, Bruna *et al.* Implementação de fluxo para manejo de teste rápido em unidade de saúde no Rio de Janeiro. **Glob Acad. Nurs. J.**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 2, e142, 2021a. Disponível em: <https://www.globalacademicnursing.com/index.php/globalcadnurs/article/view/149>. Acesso em: 07 jun. 2023.

SOUZA, Jeane *et al.* Campanha de vacinação contra COVID-19: diálogos com enfermeiros atuantes na Atenção Primária à Saúde. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 55, e20210193, 2021b. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2021-0193>.

STARFIELD, Bárbara. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília, DF: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0253.pdf>. Acesso em: 05 out. 2022.



## APÊNDICE – Contextualização, Ação e Evidência

Quadro 4 - Contextualização, Ação e Evidência

Contextualização	Ação	Evidência Científica/Literatura
<p><b>GRUPO 1: EMERGÊNCIA SANITÁRIA COVID – 19 E SEUS IMPACTOS NA VACINAÇÃO – O INÍCIO</b></p> <p><b>Elemento chave:</b> Pandemia covid-19.</p> <p><b>Característica do conteúdo:</b> A pandemia foi o disparador de motivação para início dos procedimentos operacionais padrão, sendo definido a vacinação como ponto primordial a ser colocado em xeque e criado instrumentos para sua melhora.</p> <p><b>Análise das ocorrências e processos:</b> Foi necessário a visita as unidades de APS, participação em reuniões de equipe e contato direto com os profissionais para diagnóstico inicial, evidenciando que diante da necessidade iminente de vacinação da covid-19, o desenvolvimento da vacinação deveria ser preconizado.</p> <p><b>Tempo decorrido:</b> 1 ano e 2 meses.</p> <p><b>Produtos Finais:</b> 3 POPs e 1 Capacitação.</p> <p><b>Atores Envolvidos:</b> 5 profissionais (4 sanitaristas + Coordenadora Imunização)</p>		
<p><u>Contexto:</u> Com a proximidade da aprovação da vacina da Covid-19, o processo de preparação para imunização contra a Covid-19 e o vírus da influenza, foi possível constatar alguns desafios para garantir a padronização de procedimentos entre todas as equipes nas unidades da APS, bem como, nas vacinações extramuros, realizadas em domicílios, postos de vacinação externos e nos drives de vacinação ambulantes. A constatação de problemas relacionados a esse processo, fomentou uma iniciativa pela equipe de sanitaristas para construir o primeiro Procedimento Operacional Padrão (POP), <b>descrevendo plano de contingência para queda de energia.</b></p> <p><u>Data do registro:</u> 14/07/2020; 02/09/2020; 09/03/2021; 12/04/2021</p> <p><u>Documento:</u> E-mail  <a href="mailto:sanitaristasgnosis@gmail.com">sanitaristasgnosis@gmail.com</a>;  <a href="mailto:raissa05091991@yahoo.com.br">raissa05091991@yahoo.com.br</a></p> <p><u>(troca de email com:</u>  <a href="mailto:marica.aps@gmail.com">marica.aps@gmail.com</a>;  <a href="mailto:Deborah.goncalves@institutognosis.org.br">Deborah.goncalves@institutognosis.org.br</a>;  <a href="mailto:felipe.fernandes@institutognosis.org.br">felipe.fernandes@institutognosis.org.br</a>)</p>	<p><u>Atividade:</u> POP Plano de Contingência Queda de Energia</p> <p><u>Executante:</u> Unidade de Saúde de Atenção Primária</p> <p><u>Resultados Esperados:</u> Evitar perda de imunobiológicos e/ou desvio de qualidade dos mesmos, quando o equipamento de refrigeração deixar de funcionar.</p>	<p>Documentos do Ministério da Saúde, e POPs de diversas Instituições.</p>

<p><b>Contexto:</b> Com a aprovação da vacina da Covid-19, o processo de preparação para imunização contra a Covid-19 e o vírus da influenza, foi possível constatar alguns desafios para garantir a padronização de procedimentos entre todas as equipes nas unidades da APS, bem como, nas vacinações extramuros, realizadas em domicílios, postos de vacinação externos e nos drives de vacinação ambulantes. A constatação de problemas relacionados a esse processo, fomentou uma iniciativa pela equipe de sanitaristas para construir o segundo Procedimento Operacional Padrão (POP), <b>descrevendo como deveria ser o manejo da caixa térmica.</b></p> <p><b>Data do registro:</b> 14/07/2020; 02/09/2020; 09/03/2021; 12/04/2021</p> <p><b>Documento:</b> E-mail  <a href="mailto:sanitaristasgnosis@gmail.com">sanitaristasgnosis@gmail.com</a>  <a href="mailto:raissa05091991@yahoo.com.br">raissa05091991@yahoo.com.br</a></p> <p>(troca de email com:  <a href="mailto:marica.aps@gmail.com">marica.aps@gmail.com</a>;  <a href="mailto:Deborah.goncalves@institutognosis.org.br">Deborah.goncalves@institutognosis.org.br</a>;  <a href="mailto:felipe.fernandes@institutognosis.org.br">felipe.fernandes@institutognosis.org.br</a>)</p>	<p><b>Atividade:</b> POP Manejo de Caixa Térmica  <b>Executante:</b> Técnico (a) de Enfermagem e/ou Enfermeiro (a)  <b>Resultados Esperados:</b> Conservação dos imunobiológicos dentro da temperatura padrão (entre 2 ° e 8 ° C) a fim de manter o poder imunogênico.</p>	<p>Documentos do Ministério da Saúde, OMS e outros POPs de diversas Instituições.</p>
<p><b>Contexto:</b> Com a aprovação da vacina da Covid-19, o processo de preparação para imunização contra a Covid-19 e o vírus da influenza, foi possível constatar alguns desafios para garantir a padronização de procedimentos entre todas as equipes nas unidades da APS, bem como, nas vacinações extramuros, realizadas em domicílios, postos de vacinação externos e nos drives de vacinação ambulantes. A constatação de problemas relacionados a esse processo, fomentou uma iniciativa pela equipe de sanitaristas para construir o primeiro Procedimento Operacional Padrão (POP), <b>descrevendo qual deveria ser validade dos frascos de imunobiológicos após abertos.</b></p> <p><b>Data do registro:</b> 17/07/2020; 02/09/2020; 09/03/2021; 12/04/2021; 25/07/2021; 30/07/2021; 02/08/2021; 12/09/2021; 13/09/2021</p> <p><b>Documento:</b> E-mail  <a href="mailto:sanitaristasgnosis@gmail.com">sanitaristasgnosis@gmail.com</a>  <a href="mailto:raissa05091991@yahoo.com.br">raissa05091991@yahoo.com.br</a></p>	<p><b>Atividade:</b> POP Validade dos Imunobiológicos  <b>Executante:</b> Técnico (a) de Enfermagem e/ou Enfermeiro (a)  <b>Resultados Esperados:</b> monitoramento do tempo de validade após abertura dos imunobiológicos a fim de manter o poder imunogênico.</p>	<p>Documentos do Ministério da Saúde, OMS, bulas de imunobiológicos e outros POPs de diversas Instituições.</p>

<p>(troca de email com :  <a href="mailto:imunizamarica@gmail.com">imunizamarica@gmail.com</a>;  <a href="mailto:marica.aps@gmail.com">marica.aps@gmail.com</a>;  <a href="mailto:Deborah.goncalves@institutognosis.org.br">Deborah.goncalves@institutognosis.org.br</a>;  <a href="mailto:felipe.fernandes@institutognosis.org.br">felipe.fernandes@institutognosis.org.br</a>)</p>		
<p><b>Contexto:</b> Contexto: Com a aprovação da vacina da Covid-19, o processo de preparação para imunização contra a Covid-19 e o vírus da influenza, foi possível constatar alguns desafios para garantir a padronização de procedimentos entre todas as equipes nas unidades da APS, bem como, nas vacinações extramuros, realizadas em domicílios, postos de vacinação externos e nos drives de vacinação ambulantes. A constatação de problemas relacionados a esse processo, fomentou uma iniciativa pela equipe de sanitарistas para construir o primeiro Procedimento Operacional Padrão (POP), <b>descrevendo plano de curso da capacitação de imunização.</b></p> <p><b>Data do registro:</b> 14/07/2020; 22/07/2020; 03/08/2020; 26/08/2020.</p> <p><b>Documento:</b> E-mail <a href="mailto:sanitaristasgnosis@gmail.com">sanitaristasgnosis@gmail.com</a> e registro de anotações da equipe.</p>	<p><b>Atividade:</b> Capacitação em Imunização.  <b>Objetivos:</b> Atualizar a equipe de Enfermagem para a prática diária em sala de vacina de forma segura; Aperfeiçoar conhecimentos, habilidades e valores da equipe de enfermagem com experiência em imunizações; Estimular a compreensão/entendimento da vacinação como atividade inerente ao conjunto de ações da atenção primária em saúde no contexto de uma unidade de saúde, sob a responsabilidade de uma equipe de saúde, integrante do SUS municipal.  <b>CONTEÚDO:</b>  - Programa Nacional de Imunização  - Atribuição da Equipe na Atenção Primária  - Imunologia  - Tipos de Imunobiológicos  - Contra-Indicações  - Boas Práticas  - Rede de Frio</p>	<p>Documentos do Ministério da Saúde, OMS.</p>

<p><b>GRUPO 2: DEMAIS PROBLEMAS DIÁRIOS IDENTIFICADOS/DEMANDADOS PELAS UNIDADES DE ATENÇÃO PRIMÁRIA – A EVOLUÇÃO</b></p> <p><b>Elemento chave:</b> Problemas rotineiros.</p> <p><b>Característica do conteúdo:</b> Vários problemas estavam na rotina diária da relação da equipe de sanitárias com os profissionais da APS e os profissionais da gestão.</p> <p><b>Análise das ocorrências e processos:</b> A equipe de sanitárias, já com novas componentes, estava já há 1 ano trabalhando em diversas frentes de apoio a Gestão da Vigilância, Gestão da APS e Gestão da OSS e reuniu as necessidades mais frequentes da rotina para construção dos POPs, entendendo ser o melhor instrumento para garantia da execução equânime em todo o município.</p> <p><b>Tempo decorrido:</b> 2 meses.</p> <p><b>Produtos Finais:</b> 8 POPs.</p> <p><b>Atores Envolvidos:</b> 6 profissionais (4 sanitárias + 1 Residente de Enfermagem+ 1 Gerente de Serviços de Saúde).</p>		
<p><b>Contexto:</b> Diante do trabalho direto com as unidades de atenção primária, sendo responsáveis pelos processos ligados à vigilância em saúde, observou-se dificuldade na garantia do preenchimento das fichas de notificação compulsória e no tempo apropriado de envio das mesmas, iniciando a construção do Procedimento Operacional Padrão (POP), <b>descrevendo o processo interno do município de envio das fichas para Vigilância Epidemiológica.</b></p> <p><u>Data do registro:</u> 20/08/2021</p> <p><u>Documento:</u> E-mail <a href="mailto:sanitaristas@institutognosis.org.br">sanitaristas@institutognosis.org.br</a> e <a href="mailto:Raissa05091991@yahoo.com.br">Raissa05091991@yahoo.com.br</a></p>	<p>Inicialmente com a descrição do passo a passo, mas sem os objetivos e CONTEÚDO.</p> <p><u>Atividade:</u> POP de Ficha de Notificação</p> <p>Visitas e participação nas reuniões de equipe, baseadas em estudos de caso das próprias equipes.</p>	<p>Documentos do Ministério da Saúde, OMS e outros POPs de diversas Instituições.</p>
<p><b>Contexto:</b> Diante do trabalho direto com as unidades de atenção primária, sendo responsáveis pelos processos ligados à solicitação e distribuição dos testes rápidos de IST's, foi iniciado a construção do Procedimento Operacional Padrão (POP), <b>descrevendo o processo interno das unidades de atenção primária para prestação de contas e solicitação para município/Centro de Testagem Anônima dos testes rápidos.</b></p> <p><u>Data do registro:</u> 20/08/2021; 20/09/2021; 01/09/2021; 02/09/2021; 08/09/2021</p> <p><u>Documento:</u> E-mail <a href="mailto:sanitaristas@institutognosis.org.br">sanitaristas@institutognosis.org.br</a> e <a href="mailto:Raissa05091991@yahoo.com.br">Raissa05091991@yahoo.com.br</a></p>	<p>Inicialmente com a descrição do passo a passo, mas sem os objetivos e CONTEÚDO.</p> <p><u>Atividade:</u> POP de Teste Rápido de Infecções Sexualmente Transmissíveis</p>	<p>Documentos do Ministério da Saúde, OMS e outros POPs de diversas Instituições.</p>

<p><b>Contexto:</b> Ainda vivenciando a pandemia da covid-19, com novos casos e diante de uma nova onda da doença, tornou-se iminente a continuação do trabalho da equipe sentinela, responsável pela organização da rota e recolhimento dos swabs oronasofaríngeos para detecção dos grupos de risco, onde foi editado procedimento operacional padrão anterior, a fim de torna-lo compatível com a rotina atual e visando a redução dos erros de material e acondicionamento, <b>descrevendo todo processo de coleta e transporte do swab oro e nasofaríngeo.</b></p> <p><u>Data do registro:</u> 14/09/2021; 20/09/2021; 07/10/2021; 31/12/2020; 06/01/2021; 11/03/2021; 18/05/2021; 23/09/2021</p> <p><u>Documento:</u> E-mail <a href="mailto:sanitaristas@institutognosis.org.br">sanitaristas@institutognosis.org.br</a> e <a href="mailto:Raissa05091991@yahoo.com.br">Raissa05091991@yahoo.com.br</a></p>	<p>A construção dos Procedimentos Operacionais Padrão foram, a partir deste momento, sendo realizados com uma única estrutura que continha objetivo, conceito, agentes executores, responsabilidade, materiais necessários e descrição do procedimento.</p> <p><b>Objetivo:</b> Coletar material de orofaringe para avaliação de síndrome respiratória aguda grave (SRAG) e manter em temperatura ideal (entre +2° a +8°C) até o transporte final.</p> <p><b>Conceito:</b> Ato de coletar o swab orofaríngeo.</p> <p>A partir do segundo e-mail o POP inicial foi dividido em dois: POP nasofaríngeo e orofaríngeo e com a alteração do armazenamento.</p>	<p>Documentos do Ministério da Saúde, Agência de Vigilância Sanitária, Laboratório Central do ERJ, OMS e outros POPs de diversas Instituições.</p>
<p><b>Contexto:</b> A vacinação é uma frequente na realidade das unidades de atenção primária e com a dificuldade à época de compra de câmaras refrigeradoras para as unidades, como também das visitas que apontavam erros de limpeza dos refrigeradores foi iniciado a construção do Procedimento Operacional Padrão (POP), <b>descrevendo o processo de limpeza do refrigerador.</b></p> <p><u>Data do registro:</u> 24/09/2021</p> <p><u>Documento:</u> E-mail <a href="mailto:sanitaristas@institutognosis.org.br">sanitaristas@institutognosis.org.br</a> e <a href="mailto:Raissa05091991@yahoo.com.br">Raissa05091991@yahoo.com.br</a></p>	<p><b>Objetivo:</b> Limpar o refrigerador doméstico a fim de possibilitar manutenção da temperatura ideal (entre +2° a +8°C).</p> <p><b>Conceito:</b> Limpeza do refrigerador doméstico.</p> <p><b>Agentes executores:</b> Técnicos de Enfermagem.</p> <p><b>Responsabilidade:</b> A responsabilidade do cumprimento deste procedimento é do técnico de enfermagem, podendo contar com auxílio do auxiliar de limpeza geral.</p>	<p>Documentos do Ministério da Saúde, Agência de Vigilância Sanitária, OMS e outros POPs de diversas Instituições.</p>

<p><b>Contexto:</b> Diante da organização de vacinação de covid- 19 por meio da estratégia drive (vacinação dentro de automóveis) em locais estratégicos do município, visando ampliação e agilidade para maior cobertura de vacina foi construído o Procedimento Operacional Padrão (POP), <b>descrevendo a organização das atividades de vacinação extra-muros.</b></p> <p><u>Data do registro:</u> 09/03/2021; 12/04/2021; 25/10/2021.</p> <p><u>Documento:</u> E-mail <a href="mailto:sanitaristas@institutognosis.org.br">sanitaristas@institutognosis.org.br</a> e <a href="mailto:Raissa05091991@yahoo.com.br">Raissa05091991@yahoo.com.br</a></p>	<p><b>Objetivo:</b> Realizar vacinação extramuros, ampliando o acesso e a cobertura vacinal; Organizar a vacinação em posto volante por meio de planejamento do processo.</p> <p><b>Agentes executores:</b> Gerente de Serviços de Saúde; Técnico(a) de Enfermagem; Enfermeiro (a).</p> <p><b>Responsabilidade:</b> É responsabilidade do Gerente de Serviços de Saúde o planejamento e organização de insumos e equipamentos necessários para realização da vacinação extramuros, podendo ser apoiado pela equipe de Enfermagem.</p> <p>Neste momento não foi realizado o conceito do documento, apresentando uma falha.</p>	<p>Documentos do Ministério da Saúde, Agência de Vigilância Sanitária, OMS e outros POPs de diversas Instituições.</p>
<p><b>Contexto:</b> Diante da organização de vacinação de covid- 19 por meio da estratégia drive (vacinação dentro de automóveis) em locais estratégicos do município, visando ampliação e agilidade para maior cobertura de vacina foi construído o Procedimento Operacional Padrão (POP), <b>descrevendo a organização das atividades de vacinação extra-muros.</b></p> <p><u>Data do registro:</u> 09/03/2021; 12/04/2021; 25/10/2021.</p> <p><u>Documento:</u> E-mail <a href="mailto:sanitaristas@institutognosis.org.br">sanitaristas@institutognosis.org.br</a> e <a href="mailto:Raissa05091991@yahoo.com.br">Raissa05091991@yahoo.com.br</a></p>	<p><b>Objetivo:</b> Realizar vacinação extramuros, ampliando o acesso e a cobertura vacinal; Organizar a vacinação em posto volante por meio de planejamento do processo.</p> <p><b>Agentes executores:</b> Gerente de Serviços de Saúde; Técnico (a) de Enfermagem; Enfermeiro (a).</p> <p><b>Responsabilidade:</b> É responsabilidade do Gerente de Serviços de Saúde o planejamento e organização de insumos e equipamentos necessários para realização da vacinação extramuros, podendo ser apoiado pela equipe de Enfermagem.</p> <p>Neste momento não foi realizado o conceito do documento, apresentando uma falha.</p>	<p>Documentos do Ministério da Saúde, Agência de Vigilância Sanitária, OMS e outros POPs de diversas Instituições.</p>

<p><b>Contexto:</b> Diante das propostas de procedimentos operacionais padrão anteriores, visando completude e garantia de segurança às ações da atenção primária, percebeu-se a necessidade de dar voz ao procedimento principal que deve ser feito em todas as situações, sendo iniciado a construção do Procedimento Operacional Padrão (POP), <b>descrevendo papanicolaou (preventivo).</b></p> <p><u>Data do registro:</u> 14/09/2021</p> <p><u>Documento:</u> E-mail  <a href="mailto:sanitaristas@institutognosis.org.br">sanitaristas@institutognosis.org.br</a> e  <a href="mailto:Raissa05091991@yahoo.com.br">Raissa05091991@yahoo.com.br</a></p>	<p><b>Objetivo:</b> realizar coleta de citologia oncológica para rastreamento e diagnóstico de patologias cervicais e prevenção do câncer de colo uterino; permitir a detecção de lesões precursoras e/ou da doença, em estágios iniciais.</p> <p><b>Agentes executores:</b> enfermeiros(as) e/ou, médicos(as).</p> <p><b>Responsabilidade:</b> enfermeiro(as) e/ou, médicos(as).</p>	<p>Documentos do Ministério da Saúde, INCA, OMS e outros POPs de diversas Instituições.</p>
<p><b>Contexto:</b> Diante das propostas de procedimentos operacionais padrão anteriores, visando completude e garantia de segurança às ações da atenção primária, percebeu-se a necessidade de dar voz ao procedimento principal que deve ser feito em todas as situações, sendo iniciado a construção do Procedimento Operacional Padrão (POP), <b>descrevendo coleta de sangue.</b></p> <p><u>Data do registro:</u> 21/09/2021; 23/09/2021</p> <p><u>Documento:</u> E-mail  <a href="mailto:sanitaristas@institutognosis.org.br">sanitaristas@institutognosis.org.br</a> e  <a href="mailto:Raissa05091991@yahoo.com.br">Raissa05091991@yahoo.com.br</a></p>	<p><b>Objetivo:</b> padronizar a conduta relacionada à técnica de coleta de exame de sangue para análise laboratorial, revendo boas práticas, as orientações para atendimento aos usuários e procedimentos técnicos.</p> <p><b>Agentes executores:</b> técnico(a) de enfermagem e enfermeiro(a);</p> <p><b>Responsabilidade:</b> a responsabilidade do cumprimento deste procedimento é dos profissionais envolvidos na execução do mesmo. É atribuição dos responsáveis técnicos das unidades de saúde a supervisão e organização dos processos para efetivação da coleta em suas respectivas unidades</p>	<p>Documentos do Ministério da Saúde, Agência de Vigilância Sanitária, OMS e outros POPs de diversas Instituições.</p>

<p><b>Contexto: Reunião mensal dos Gerentes de Serviços de Saúde</b></p> <p><u>Data do registro:</u> 14/09/2021</p> <p><u>Documento:</u> E-mail <a href="mailto:sanitaristas@institutognosis.org.br">sanitaristas@institutognosis.org.br</a> e <a href="mailto:Raissa05091991@yahoo.com.br">Raissa05091991@yahoo.com.br</a> (troca de e-mails com as Unidades de Saúde, Coordenação da APS e equipe técnica da OSS)</p>	<p>Foi colocado como pauta na reunião mensal dos Gerentes de Serviços de Saúde a apresentação e análise dos POPs produzidos até o momento, sendo entregues em formato físico (impressão em papel) e em formato virtual (via e-mail) após a finalização da reunião.</p>	<p>Não se aplica.</p>
<p><b>Contexto: Reunião dos Responsáveis Técnicos de Enfermagem</b></p> <p><u>Data do registro:</u> 14/10/2021</p> <p><u>Documento:</u> E-mail <a href="mailto:sanitaristas@institutognosis.org.br">sanitaristas@institutognosis.org.br</a> e <a href="mailto:Raissa05091991@yahoo.com.br">Raissa05091991@yahoo.com.br</a> (troca de e-mails com as Unidades de Saúde, Coordenação da APS e equipe técnica da OSS)</p>	<p>Foi colocado como pauta na Segunda reunião ordinária dos Responsáveis Técnicos de Enfermagem a apresentação e análise dos POPs produzidos até o momento, sendo entregues em formato físico (impressão em papel) e em formato virtual (via e-mail) após a finalização da reunião.</p>	<p>Não se aplica.</p>



**GRUPO 3: O BOOM BASEADO NA CARTEIRA DE SERVIÇOS E OS AJUSTES PARA PUBLICAÇÃO – O FINAL**

**Elemento chave:** Carteira de Serviços

**Característica do conteúdo:** Após a construção do décimo primeiro Procedimento Operacional Padrão a equipe de sanitaristas, entendendo que estes onze POPs foram de importância para a APS decide consolidar os mesmos em um Manual, para que os instrumentos sejam utilizados independente das mudanças políticas e decidem a criação dos demais para sua reunião e conclusão.

**Análise das ocorrências e processos:** A decisão da confecção do Manual dita a escolha dos demais POPs, sendo eleito a carteira de serviços da APS, também em construção, para sua elaboração.

**Tempo decorrido:** 10 meses.

**Produtos Finais:** 39 POPs.

**Atores Envolvidos:** 6 profissionais (4 sanitaristas + 1 Enfermeira do Trabalho+ 1 Técnico de Enfermagem do Trabalho) na construção mais 1 profissional audiovisual na elaboração de capa e contracapa e 1 profissional na formatação.

Contexto: Determinação coletiva de organização dos Procedimentos Operacionais Padrão em formato de Manual, a partir de então foram realizados diversas conversas virtuais definindo quais POPs seriam eleitos para constar no Manual e como seria dividido entre a equipe a sua produção.

Data do registro: 21/07/2021

Documento: Grupo de WhatsApp intitulado “Sanitaristas” e ata de reuniões entre a equipe de sanitaristas.

O grupo, com 3 sanitaristas trabalhando de forma presencial e 1 sanitarista afastada trabalhando remotamente, conversam via WhatsApp para definição de processos de trabalho, construção de mais fluxos e organização do Manual.

A determinação dos 10 primeiros POPs foram precedidos pelas demandas diárias das sanitaristas com as Unidades de Saúde da Família. A partir daí verificou-se a necessidade de implantar um documento único que reunisse os demais procedimentos/serviços da atenção primária para garantir cientificidade aos profissionais, em especial os da enfermagem, que seriam os agentes executores da grande maioria. Neste momento não havia a figura de Coordenador/ Gerente de Enfermagem, somente chefia médica pela OSS, fazendo com que as demandas dos Enfermeiros fossem constantemente direcionadas às Sanitaristas.

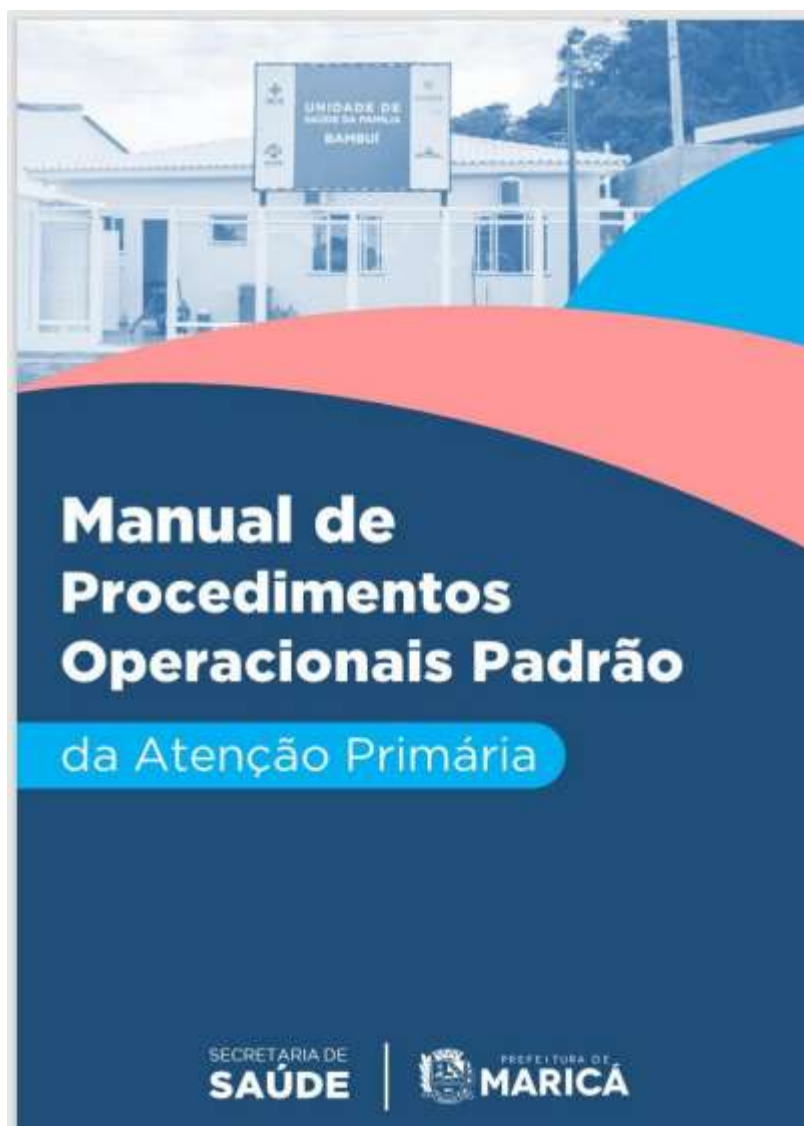
A delimitação dos demais POPs foi feita baseado na carteira de serviços em construção do Município, em Manuais de outros municípios, como também nos contínuos questionamentos recebidos pela equipe.

A divisão interna para produção dos mesmos foi feita de forma aleatória, independente de

Documentos do Ministério da Saúde, Agência de Vigilância Sanitária, OMS e outros POPs de diversas Instituições.

	aproximação com a temática, após o 20º POP construído. Os 5 primeiros construídos pela Sanitarista R, os 15 seguintes pelas sanitarias R, L, A e Residente E, os 39 seguintes distribuídos conforme ordem numérica em blocos de 10-10-10-9 para A, L, R e G. Houve divisão em duplas para revisão do conteúdo, A-L e R-G.	
<p><u>Contexto:</u> Solicitação de produção da capa, solicitação de revisão pela chefia imediata, solicitação de apoio financeiro para custear revisor ortográfico, solicitação de ficha catalográfica e solicitação de impressão do material - Manual.</p> <p><u>Data do registro:</u></p> <p><u>Documento:</u> Email: <a href="mailto:sanitaristas@institutognosis.org.br">sanitaristas@institutognosis.org.br</a> e ata de reuniões.</p> <p>Troca de email com: <a href="mailto:marica.aps@gmail.com">marica.aps@gmail.com</a>; <a href="mailto:felipe.fernandes@institutognosis.org.br">felipe.fernandes@institutognosis.org.br</a>; <a href="mailto:cavadas.r@gmail.com">cavadas.r@gmail.com</a></p>	<p>Foi solicitado pela equipe de sanitarias à chefia da OSS a autorização para pedir a confecção da capa. Posteriormente foi enviado, de forma unitária, todos os 49 documentos em anexo de um email para chefia imediata realizar a revisão e fornecer aceite para execução. Em seguida, marcou-se reunião com chefia técnica e administrativa da OSS para solicitação de verba para custear revisor ortográfico, após concordância, chefia imediata da Secretaria Municipal de Saúde contrata revisor. Finalizado trabalho do revisor, chefia imediata contrata bibliotecária para criação de ficha catalográfica. Por fim, equipe de sanitarias solicita à chefia técnica da OSS impressão para cada unidade do Manual de Procedimentos Operacionais Padrão, finalizado.</p>	Não se aplica.
<p><u>Contexto:</u> Definição de data e local para apresentação/Lançamento do Manual de POPs.</p> <p><u>Data do registro:</u> 29/04/2022.</p> <p><u>Documento:</u> Email: <a href="mailto:sanitaristas@institutognosis.org.br">sanitaristas@institutognosis.org.br</a></p>	<p>Definido junto com Movimento dos Ativistas da Enfermagem Brasileira - MAE – lançamento do Manual no VI ENCONTRO DA ENFERMAGEM MUNICIPAL DE MARICÁ 2022, realizado na Igreja Atos no dia 20 de maio de 2022.</p> <p>Fora convocado aos Gerentes de Serviços de Saúde e Linhas Técnicas da SMS Maricá comparecimento à Semana de Enfermagem e lançamento do instrumento a ser orientador das Unidades de Atenção Primária à Saúde.</p>	Não se aplica.

**ANEXO A** – Capa do Manual de Procedimentos Operacionais Padrão da Atenção Primária do Município de Maricá



Fonte: Manual de Procedimentos Operacionais da Atenção Primária do Município de Maricá, 2022.

**ANEXO B – Sumário do Manual de Procedimentos Operacionais Padrão da Atenção Primária do Município de Maricá**

**SUMÁRIO**

APRESENTAÇÃO .....	09
<b>1. CATEGORIA - SEGURANÇA DO PROFISSIONAL/USUÁRIO</b>	
1.1. Higiene das Mãos .....	11
1.2. Paramentação e desparamentação de Equipamentos de Proteção Individual .....	20
1.3. Acidente Material Biológico .....	24
<b>2. CATEGORIA - ADMINISTRAÇÃO SEGURA DE MEDICAMENTOS</b>	
2.1. Conservação de Medicamentos .....	35
2.2. Administração de Medicamento Sublingual .....	39
2.3. Administração de Medicamento Subcutâneo .....	42
2.4. Administração de Medicamento Inalatório .....	46
2.5. Administração de Medicamento Oral .....	49
2.6. Administração de Medicamento Intramuscular .....	52
2.7. Administração de Medicamento Ocular .....	58
2.8. Administração de Insulina .....	60
2.9. Terapia de Reidratação Oral .....	63
<b>3. CATEGORIA - ASSISTÊNCIA À SAÚDE</b>	
3.1. Organização dos Consultórios .....	66
3.2. Conferência dos Materiais e Medicamentos de Emergência .....	69
3.3. Aferição de Pressão Arterial .....	72
3.4. Aferição de Temperatura Axilar .....	78
3.5. Aferição de Glicemia Capilar .....	81
3.6. Medida de Perímetro Cefálico .....	84
3.7. Aferição de Frequência Cardíaca .....	86
3.8. Aferição de Frequência Respiratória .....	89
3.9. Aferição de Peso .....	92
3.10. Aferição de Estatura .....	95
3.11. Mensuração de Índice de Massa Corporal .....	98
<b>4. CATEGORIA - REALIZAÇÃO DE TESTES/EXAMES</b>	
4.1. Teste Rápido .....	101
4.2. Coleta de Swab Nasofaríngeo .....	121
4.3. Coleta de Swab Orofaríngeo .....	125
4.4. Coleta de Papanicolau .....	129
4.5. Coleta de Fezes .....	135
4.6. Coleta de Sangue .....	141
4.7. Coleta de Urina .....	150
4.8. Prova do Laço .....	160
4.9. Teste Rápido de Gravidez .....	164
4.10. Coleta de Escarro .....	168

<b>5. CATEGORIA - INTEGRIDADE FÍSICA, CUTÂNEA E DA MUCOSA</b>	
5.1. Retirada de Pontos .....	172
5.2. Aplicação Compressa Quente .....	174
5.3. Aplicação Compressa Fria .....	177
<b>6. CATEGORIA - IMUNIZAÇÃO</b>	
6.1. Rotina de Abertura da Sala de Vacina .....	180
6.2. Rotina de Fechamento da Sala de Vacina .....	183
6.3. Manejo de Caixa Térmica .....	186
6.4. Abertura de Frasco Multidose .....	191
6.5. Limpeza de Refrigerador .....	194
6.6. Limpeza de Sala de Vacina .....	197
6.7. Posto Volante Vacina .....	200
<b>7. CATEGORIA - ELIMINAÇÃO</b>	
7.1. Troca de Cistostomia .....	203
7.2. Cateterismo de Alívio .....	206
7.3. Cateterismo de Demora .....	212
<b>8. CATEGORIA - OXIGENAÇÃO/RESPIRAÇÃO</b>	
8.1. Troca de Traqueostomia .....	218
<b>9. CATEGORIA - ATENDIMENTO EM REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE</b>	
9.1. Atendimento à pessoa em Situação de Violência .....	223
9.2. Alta Referenciada .....	227

Fonte: Manual de Procedimentos Operacionais da Atenção Primária do Município de Maricá, 2022.

## ANEXO C – Primeiro Procedimento Operacional Padrão do Manual de Procedimentos Operacionais Padrão da Atenção Primária do Município de Maricá



PREFEITURA MUNICIPAL DE MARICÁ  
Secretaria Municipal de Saúde  
Subsecretaria da Rede de Atenção e Saúde Coletiva  
Coordenação de Atenção Primária à Saúde



PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP			
Descritores: assistência à saúde; continuidade da assistência ao paciente.	Higienização das mãos	POP - 001	Próxima revisão: 01/09/2023
		Emissão: 01/02/2022	
		Versão: 1	

**Conceito:** ato de higienizar as mãos com sabonete líquido ou solução antisséptica degermante.

**Objetivo:** orientar o procedimento de higienização das mãos a fim de padronizar e auxiliar os profissionais de saúde na sua prática diária.

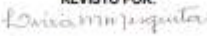
**Agentes executores:** profissionais de saúde.

**Responsabilidade:** a responsabilidade do cumprimento deste procedimento é dos profissionais de saúde envolvidos direta e/ou indiretamente com a saúde do paciente.

**Materiais necessários:**

- Pia apropriada e destinada à higienização das mãos, com torneira de acionamento e fechamento manual ou automática;
- Porta-papel e papel-toalha descartável;
- Dispensador removível com antisséptico degermante ou de sabão líquido hipoalergênico;
- Recipiente para descarte de resíduos comuns com a tampa acionada por pedal.

**Nota:** A disponibilidade dos materiais necessários à execução deste POP deve ser verificada continuamente. A falta de qualquer dos itens deve ser informada ao Enfermeiro RT.

<p>ELABORADO POR:</p>  <p>Esther Paiva Miranda Coren RJ - 585.681</p>	<p>REVISTO POR:</p>  <p>Livia Mendes Mesquita Coren RJ - 105.308</p>	<p>APROVADO POR</p>  <p>Shirley Ribeiro S. Linhares Coren RJ - 235.301</p>
--	---	---

Fonte: Manual de Procedimentos Operacionais da Atenção Primária do Município de Maricá, 2022.