

BARREIRAS NO MANEJO DAS DOENÇAS DIARREICAS: DO NORMATIVO À REALIDADE DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Barriers in the management of diarrheal diseases: From the norms to the reality of the
Sistema Único de Saúde

Carlise Krein¹

Lucimare Ferraz²

Lucieli Dias Pedreschi Chaves³

Olvani Martins da Silva⁴

Arnildo Korb⁵

RESUMO

Objetivo: conhecer as barreiras assistenciais relacionadas ao manejo adequado da doença diarreica em serviços públicos de saúde. Metodologia: estudo qualitativo realizado com nove profissionais de saúde atuantes na assistência à saúde do Sistema Único de Saúde do Brasil. Os dados foram coletados por entrevista individual semiestruturada e analisados por conteúdo categorial temático. As respostas foram organizadas em subcategorias. Resultados: as subcategorias identificadas foram relacionadas às barreiras nas dimensões: de infraestrutura física; gerencial/organizacional; e, qualidade técnico-científica da assistência. A inapropriada infraestrutura física dos serviços dificulta as reavaliações dos pacientes. Na dimensão de gerenciamento e organização do serviço de saúde emergiu a pressão assistencial decorrente da demanda elevada e o incipiente protagonismo da enfermagem. A baixa qualidade técnico-científica da assistência à doença motivou a desconfiança nos profissionais sobre a eficácia da solução de reidratação oral resultando em medicalização excessiva dos pacientes. Na mesma categoria, evidenciou-se a inadequada avaliação clínica do paciente decorrente da baixa qualidade técnico-científica da assistência corroborou na gestão assistencial inadequada. Considerações Finais: essas barreiras identificadas interferem negativamente nos serviços, determinando a gestão inadequada da doença em detrimento as diretrizes assistenciais existentes, e contribuindo na elevação da morbidade hospitalar por doenças diarreicas.

Palavras-chave: Diarreia, Análise do Modo e do Efeito de Falhas na Assistência à Saúde, Atenção Primária à Saúde, Equipe de Assistência ao Paciente.

ABSTRACT

Objective: to know the care barriers related to the proper management of diarrheal disease in public health services. Methodology: qualitative study carried out with nine health professionals working in health care in the Brazilian Unified Health System. Data were collected through semi-structured individual interviews and analyzed by categorical thematic content. The responses were organized into subcategories. Results: the identified subcategories were related to barriers in the dimensions: physical infrastructure; managerial/organizational; and, technical-scientific quality of care. The inappropriate physical infrastructure of the services makes it difficult for patients to reassess. In the dimension of management and organization of the health service, the care pressure emerged due to the high demand and the incipient role of nursing. The low technical-scientific quality of care for the disease led to distrust among professionals about the effectiveness of oral rehydration solution, resulting in excessive medicalization of patients. In the same category, the inadequate clinical evaluation of the patient due to the low technical-scientific quality of care was evidenced, which

¹ Mestre em Enfermagem na Atenção Primária à Saúde, UDESC, carliskrein02@hotmail.com

² Doutora em Saúde Coletiva, UNIFESP, lucimare.ferraz@udesc.br

³ Doutora em Enfermagem, EERP/USP, dpchaves@eerp.usp.br

⁴ Doutora em Enfermagem, UFRGS, olvani.silva@udesc.br

⁵ Doutor em Meio Ambiente e Desenvolvimento, UFP, arnildo.korb@udesc.br

corroborated the inadequate care management. Final Considerations: these identified barriers negatively interfere with the services, determining the inadequate management of the disease to the detriment of the existing care guidelines, and contributing to the increase in hospital morbidity due to diarrheal diseases.

Key-words: Diarrhea, Healthcare Failure Mode and Effect Analysis, Primary Health Care, Patient Care Team.

1. INTRODUÇÃO

O elevado indicador de morbidade e de mortalidade por doenças diarreicas ainda predomina em muitas regiões brasileiras, e, mundialmente, em grande parte dos países de baixa e média renda (SREERAMAREDDY; LOW; FORSBERG, 2017). A mortalidade pela doença afeta mais a população infantil, sendo a principal causa de óbitos de crianças menores de cinco anos de idade (SREERAMAREDDY; LOW; FORSBERG, 2017). No Brasil, entre os anos de 2000 a 2015, a morbimortalidade causada por essa infecção se concentrou nos extremos de idade, com 585 internações a cada 100.000 crianças menores de quatro anos, e 49,9 óbitos a cada 100.000 habitantes com mais de 80 anos (KUIAVA; PERIN; CHIELLE, 2019).

No estado de Santa Catarina, Sul do Brasil, a região Oeste vem apresentando elevado número de hospitalizações em decorrência dessa doença, sendo a principal causa de morbidade hospitalar por condição sensível à atenção primária à saúde em mulheres, e, a segunda maior causa atribuída ao gênero masculino (BORDIGNON *et al.*, 2018).

As recomendações de gestão assistencial das doenças diarreicas nas diferentes regiões do mundo possuem por base as diretrizes amplamente divulgadas pela Organização Mundial da Saúde (DIALLO; CONG; HENDERSON, 2017). E, o tratamento recomendado apresenta custo baixo de modo que facilita a implementação. No Brasil, o Ministério da Saúde orienta a gestão dos casos de doença diarreica para classificar em Plano A, Plano B e Plano C. O paciente com doença diarreica que não apresentar desidratação precisa receber classificação de Plano A, no qual, o paciente recebe uma solução de reidratação oral a ser implementada em domicílio. E, em caso de desidratação leve ou moderada, orienta-se o Plano B, com reidratação oral no estabelecimento assistencial em saúde e é submetido a frequentes reavaliações do estado hidroeletrólítico até a completa reidratação. E, o Plano C é adotado em caso de desidratação grave com tratamento de reidratação venosa.

Apesar da relevância do manejo coerente com as diretrizes assistenciais estabelecidas para o desfecho satisfatório, estudos recentes realizados no Brasil são direcionados, sobretudo, aos fatores de risco da doença (OLIVEIRA *et al.*, 2017). E, estudos desenvolvidos em diferentes regiões do mundo direcionam a investigação aos fatores específicos, como a organização dos serviços e

capacitação dos prescritores, desconsiderando a ingerência dos recursos físicos de estabelecimentos de saúde na gestão assistencial das diarreias.

Justifica-se esta investigação dadas as peculiaridades sócio-demográficas-culturais e sanitárias dessa região, e em virtude das limitadas publicações científicas e fontes de dados disponíveis em bases de dados. Para atender a essa demanda, considerando a alta morbidade hospitalar, objetivou-se identificar as barreiras na gestão assistencial da doença diarreica ao investigar as condutas dos profissionais no manejo e o contextos gerenciais, de infraestrutura e técnicos/científicos no qual estão inseridos nos serviços públicos de saúde e que dificultam o manejo dos pacientes acometidos por essas infecções.

3. METODOLOGIA

Estudo qualitativo, conduzido conforme orientações preconizadas pelo *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Studies (COREQ)*, realizado na região Oeste do Estado de Santa Catarina, região Sul do Brasil. Nesta região predominam municípios com cobertura integral da população por equipes de Estratégia Saúde da Família.

A população alvo foi os profissionais dos serviços de saúde de seis desses municípios e a compor a amostragem intencional. Os municípios escolhidos foram Águas de Chapecó, Cunhataí, Nova Erechim, Palmitos, Riqueza e São Carlos, isto, por apresentarem a maior frequência de hospitalizações por doença diarreica entre os anos de 2014 e 2018, segundo dados coletados no Sistema de Informação DATASUS. A somatória de serviços de saúde dos municípios incluídos no estudo é nove, três de atenção hospitalar (totalidade de hospitais instalados nesses municípios) e seis de atenção primária à saúde. Para esses últimos serviços, foi selecionado o local com maior número de pacientes cadastrados de cada município para compor a amostra do estudo.

Para inclusão dos profissionais pertencentes aos serviços de saúde citados, solicitou-se a indicação pelo gestor da instituição de profissionais que segundo sua percepção, seriam aqueles melhor conhecedores do fluxo de atenção à doença na instituição, com potencial para compartilhar dados relevantes em pertinência com a questão de pesquisa, ou seja, eram informantes chave, atendendo também aos seguintes critérios de inclusão: vínculo profissional na área assistencial da instituição nas categorias técnicos(as) de enfermagem, enfermeiros e médicos, e atuar por período mínimo de seis meses nas instituições. Foram excluídos do estudo os profissionais que durante o período de coleta de dados usufruíram de férias ou mantinham licença para tratamento de saúde.

O primeiro contato com cada participante foi telefônico, quando foram explicitados as motivações e objetivos do estudo, e mediante sua anuência em participar, realizou-se o agendamento da entrevista. Todos os profissionais convidados aceitaram participar da pesquisa, e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido na data da entrevista. Assim, houve a participação de um profissional de cada serviço de saúde no estudo, e a amostra foi composta por nove participantes, sendo seis enfermeiras, duas técnicas de enfermagem e uma médica.

Os dados foram coletados de 25 a 30 de novembro de 2020, no local de trabalho dos participantes, em ambiente reservado, cumprindo as medidas sanitárias vigentes em decorrência da pandemia. A entrevista individual foi mediada por uma pesquisadora mestranda em enfermagem com nove anos de experiência profissional na assistência e sem relação profissional e pessoal com os participantes do estudo.

Para coleta dos dados realizou-se entrevista semiestruturada. E, para problematizar, foi apresentado um vídeo com dados sobre a morbidade hospitalar nos municípios da região Oeste de Santa Catarina. Ao final da apresentação audiovisual foi apresentada a questão mobilizadora: como ocorre o manejo da doença diarreica no serviço em que o Sr. (Sra.) atua? Há documento norteador? Com o intuito de validar a clareza e objetividade das questões norteadoras das entrevistas, bem como testá-las em condições reais de operacionalização, foram realizadas duas entrevistas pela pesquisadora, com profissionais atuantes na atenção primária de outra região de saúde, cujos resultados não foram incluídos no presente estudo. Ressalta-se que não houve necessidade de ajustes redacionais às questões.

As entrevistas foram audiogravadas, assegurando fidedignidade ao material para a análise e mantiveram duração média de dez minutos. Empregou-se, ainda, um “diário de campo” no qual registrou-se percepções, observações, e informações detectadas durante a permanência da pesquisadora no serviço, outorgando aporte complementar de dados ao estudo. Além disso, a utilização de roteiro orientou a caracterização do perfil sócio demográfico dos participantes, com a coleta de dados relacionados ao sexo, idade, formação acadêmica, local de trabalho e tempo de experiência profissional. Não houve registro de problemas técnicos ou falta de dados que outorgassem a necessidade de repetição de entrevistas com os profissionais incluídos no estudo.

As transcrições das falas foram encaminhadas aos participantes para conferência do conteúdo, sendo aprovada na íntegra por todas as participantes. O processo de codificação foi realizado por dois pesquisadores separadamente, e para garantir maior confiabilidade, foi realizado o cruzamento do

processo. Para melhor organizar as falas, enquanto resultados de modo que as barreiras fossem identificadas, estas foram classificadas em três categorias: barreiras na dimensão de infraestrutura física; barreiras na dimensão gerencial/organizacional; e, barreiras na dimensão de qualidade técnico-científica da assistência.

Na análise qualitativa, as falas foram analisadas pela técnica de Análise Temática proposta por Minayo (2013). A organização das categorias de análise foram obtidas com reflexão crítica do conteúdo obtido nas entrevistas, orientada com base nas diretrizes assistenciais à doença vigentes no país e acrescidos das impressões dos autores (BRASIL, 2015). E, na análise dos resultados utilizou-se a estatística descritiva, na qual as variáveis categóricas foram apresentadas por frequências absolutas e relativas e as contínuas por suas médias e desvio padrão, quando identificada a distribuição normal.

Para assegurar a confidencialidade, e ainda manter a singularidade das narrativas dos participantes, estes foram identificados como “Entrevistado” seguido do numeração da entrevista. As entrevistas de número “1” até “6” consistem em entrevistas com profissionais enfermeiras, enquanto que as participantes “7” e “8” foram técnicas de enfermagem, e uma profissional médica foi a entrevistada “9”. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos sob o parecer nº 5.147.349/2020.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A média de idade dos participantes ficou em 37 anos ($37 \pm 7,82$), enquanto que o tempo médio de formação foi de 11 anos ($11 \pm 3,28$) e a média de período na atual ocupação foi de 5,8 anos ($5,8 \pm 4,98$). Os participantes foram caracterizados como profissionais com ampla experiência profissional e grande período de vínculo com a instituição, o que demonstra o potencial de contribuição destes em apontar fatores associados à problemática. Além disso, a totalidade de participantes do gênero feminino ilustra o perfil encontrado atualmente na maioria dos serviços de saúde, onde há predominância na atuação de profissionais de saúde desse gênero, sobretudo na enfermagem.

Dos nove entrevistados, seis eram enfermeiras, duas técnicas de enfermagem e uma médica. Três (33,3%) relataram ter participado de capacitação sobre doença diarreica durante sua trajetória profissional.

Foi mencionado que em um desses serviços ocorre a disponibilização de diretivas assistenciais de manejo da doença do Ministério da Saúde em formato de cartaz. Nos demais locais, não houve relatos de uso de documento norteador da gestão assistencial da doença.

4.1 Barreiras na dimensão de infraestrutura física

Em apenas três serviços as entrevistadas relataram a adoção do Plano B, em referência à assistência em dois serviços hospitalares, e apenas um serviço de atenção primária à saúde. Nos demais locais, a solução de reidratação oral não era administrada no serviço de saúde: “Soro oral só é feito em casa” (ENTREVISTADO 7, 2020, entrevista concedida em 25/11/2020). Conforme a Entrevistado 4, no serviço em que atua, “A hidratação oral é só feita em casa” (ENTREVISTADO 4, 2020, entrevista concedida em 27/11/2020).

A estrutura física inadequada do estabelecimento assistencial em saúde foi citada como obstáculo para hidratação oral de indivíduos no local, principalmente nas unidades básicas de saúde: “O paciente não fica em observação na unidade por falta de espaço e fluxo muito grande, a hidratação oral é sempre em casa” (ENTREVISTADO 9, 2020, entrevista concedida em 30/11/2020).

A reidratação do indivíduo no serviço de saúde, com utilização da solução de reidratação oral, conforme previsto no Plano B, requer espaço físico adequado para permanência do paciente no serviço. Problemas estruturais, que envolvem a limitação de recursos físicos e financeiros nos serviços de saúde, podem inclusive ser impedimentos centrais para melhorar a gestão das diarreias, independentemente das diretrizes assistenciais de tratamento seguidas (SREERAMAREDDY; LOW; FORSBURG, 2017). Isso posto que, em caso de fragilidade na estrutura física para manutenção do paciente no serviço, o prescritor necessitará optar pela adoção do Plano A, ou Plano C, ou realizar referenciamento do paciente para seguimento do tratamento em outro serviço. Nesse caso, a adoção do Plano A pode ser insuficiente para hidratação adequada. E, a adoção do Plano C pode expor o paciente desnecessariamente a risco de eventos adversos. O encaminhamento do paciente a algum serviço com infraestrutura adequada para reidratação, pode gerar perda de tempo significativo, cuja variável é associada ao aumento de desidratação e hospitalização (POONAI *et al.*, 2021). Nesse sentido, fragilidades na infraestrutura física dos estabelecimentos de saúde limitam o rol de atuação, a coordenação do cuidado e a resolutividade das ações da equipe, e em consequência, diminuem a resposta dos serviços de saúde aos problemas de saúde da população, como as diarreias.

Na avaliação geral das Unidades Básicas de Saúde do Brasil, as instalações e insumos desses serviços obtiveram o menor escore, dentre as subdimensões funcionais e estruturais analisadas (BOUSQUAT *et al.*, 2017). Problemas na infraestrutura física dos estabelecimentos assistenciais de saúde refletem o cenário de grande proporção de edificações longevas, e o constante aumento de demanda e de serviços ofertados, sem a impreterível ampliação e adequações no âmbito das edificações do espaço físico (SOUZA *et al.*, 2021). Dessa forma, a problemática de inadequabilidade de estrutura física não se limita aos serviços incluídos no estudo, e o seu impacto negativo pode interferir na atenção a outras demandas dos serviços de atenção primária. Esta problemática, torna fundamental a mobilização dos entes envolvidos para instituir mudanças nesse cenário, tanto na adequação da estrutura física, quanto na reorganização da rede de atenção à doença no local, com atenção em serviços com infraestrutura adequada, mas que também permitam o acesso/acessibilidade facilitada da população ao local.

4.2 Barreiras na dimensão gerencial/organizacional

A elevada demanda pode gerar a pressão assistencial no serviço, como apontado no relato de um profissional: “[...] Aqui nosso atendimento é porta aberta, não tem nenhum programa específico [...]. Quem chega é atendido, então nosso fluxo é sempre muito grande, e não conseguimos deixar o paciente em observação na unidade” (ENTREVISTADO 9, 2020, entrevista concedida em 30/11/2020).

Em somente dois dos serviços incluídos no estudo, sendo estes serviços de atenção primária à saúde, relatou-se a gestão assistencial da doença efetuado por enfermeiro. Dessa forma, em grande parte dos serviços incluídos no estudo, é incipiente o protagonismo da equipe de enfermagem, mesmo que a atenção ao paciente pela categoria seja amparada por protocolo assistencial, corroborado pelos relatos a seguir: “O paciente vem, passa pela triagem, a gente pergunta quais os sintomas, olha os sinais vitais e passa para o atendimento médico. Ele faz avaliação, em caso de desidratação, uma medicação, uma hidratação venosa, e senão, é liberado com hidratação oral, e medicações para uso domiciliar” (ENTREVISTADO 4, 2020, entrevista concedida em 27/11/2020). “[...] Todos são encaminhados para consulta com o médico, todos eles” (ENTREVISTADO 7, 2020, entrevista concedida em 25/11/2020).

Além dos recursos físicos e financeiros, a gestão de recursos humanos também é um processo complexo, cuja ineficiência gera lacunas na qualidade da assistência e resolutividade das ações em

saúde. Nessa perspectiva, a escassez de profissionais, aliada a alta carga de trabalho assistencial e administrativo, afeta a qualidade dos atendimentos, elevando os riscos de complicações da doença (WIEDENMAYER *et al.*, 2021). Dessa forma, a baixa proporção de serviços com adoção do Plano B identificada no estudo também é associada à elevada demanda, a qual gera pressão assistencial, visto que o atendimento nos serviços incluídos no estudo ocorre em grande parte dos locais por demanda espontânea. Estudo desenvolvido em Bangladesh também relacionou o manejo inadequado da doença diarreica a restrições de recursos humanos e superlotação dos serviços (BISWAS *et al.*, 2020). Além disso, a pressão assistencial pode ser agravada pelo direcionamento dos atendimentos exclusivamente ao profissional médico, mesmo que a atenção à doença pela equipe de enfermagem seja amparada por protocolo institucional.

No estado de Santa Catarina, o Conselho Regional de Enfermagem desenvolveu protocolos de atenção à saúde com sua mais recente versão disponibilizada no ano de 2017, os quais foram adotados em grande parte dos serviços de saúde (GOMES *et al.*, 2021). O cuidar em enfermagem requer do enfermeiro competências direcionadas a compreensão do processo saúde-doença, e conhecimento das melhores evidências científicas que fundamentam sua prática. A insegurança de enfermeiros em relação a gestão assistencial à doença diarreica, lacunas na formação, tanto graduação quanto formação no serviço, ou organização das atribuições do profissional na instituição não direcionadas à assistência, podem determinar o referido achado do estudo.

4.3 Barreiras na dimensão de qualidade técnico-científica da assistência

A avaliação do grau de desidratação determina o plano de tratamento adotado. Todavia, evidenciou-se nos relatos de dois entrevistados não ser realizado o exame físico do paciente e o manejo da doença ocorrer em desacordo com as diretrizes assistenciais vigentes no país: “A gente percebeu que é um dia só, não teve muitos episódios de diarreia, não é uma diarreia líquida né, é mais pastosa, teve episódios de vômito mas não tão frequentes, aí eu cuido (enfermeira), agora se dois ou mais dias de sintomas aí o médico atende” (ENTREVISTADO 2, 2020, entrevista concedida em 26/11/2020). “Observamos as queixas com que chegam aqui, se tem quadros bem acentuados de diarreia, tem os pacientes que chegam aqui e cada pouco estão indo no banheiro, uns que dizem que tiveram vários episódios em casa” (ENTREVISTADO 3, 2020, entrevista concedida em 27/11/2020).

Apesar da hidratação venosa ser apenas recomendada na identificação de desidratação grave, dois participantes relataram que nos serviços de saúde ocorriam predileções dos profissionais pela

terapia de hidratação venosa, isto, na intenção de agilizar o atendimento aos pacientes: “[...] no momento que chega, a gente faz fluidoterapia rapidinho, uma hora, uma hora e meia, o paciente dá uma restabelecida, e vai para casa” (ENTREVISTADO 2, 2020, entrevista concedida em 26/11/2020). “Na maioria das vezes, quando o paciente relata sintomas da diarreia, os médicos costumam prescrever sempre os dois, soro e a fluidoterapia, é a primeira opção deles” (ENTREVISTADO 6, 2020, entrevista concedida em 29/11/2020).

A realização de hospitalizações pela doença sem critérios de avaliação do paciente também foi relatada, fato que expressa a insegurança dos profissionais relacionada a eficácia da solução de reidratação oral: “Às vezes, o paciente não está num estado extremo que necessitaria de uma internação, mas às vezes a gente acaba fazendo por segurança, uma precaução mesmo” (ENTREVISTADO 3, 2020, entrevista concedida em 27/11/2020).

O manejo adequado depende exclusivamente da avaliação do profissional de saúde, visto que não há nenhum sinal clínico, sintoma ou exame desenvolvido que, isoladamente, apresenta sensibilidade para diagnóstico do grau de desidratação. Dessa forma, a baixa qualidade técnico-científica da assistência à doença, considerando as normativas assistenciais existentes é um dos fatores associados às complicações da doença diarreica em alguns estudos (DIALLO; CONG; HENDERSON, 2017; BISWAS *et al.*, 2020; KOBAYASHI *et al.*, 2017). No âmbito do exame físico, identificou-se que o critério de avaliação dos usuários em parte dos estabelecimentos assistenciais não foi amparado pelo grau de desidratação, sendo esse utilizado mundialmente. Nesse sentido, os achados corroboram com resultados de estudo direcionado a mesma temática, que demonstrou que em 57% dos pacientes com doença diarreica não foi efetuado o exame físico durante o atendimento no serviço hospitalar de Bangladesh (BISWAS *et al.*, 2020). Essa fragilidade resulta em achados como o de estudo desenvolvido em Malawi, no qual apenas 42,3% das crianças com menos de cinco anos incluídas no estudo receberam tratamento adequado, conforme diretrizes assistenciais (KOBAYASHI *et al.*, 2017).

O uso de terapias venosas sem indicação clínica eleva o risco de eventos adversos, como infecções hospitalares, e desconfortos ao paciente e familiares, sem considerar o aumento dos custos do sistema de saúde (POONAI *et al.*, 2021; TESSER, 2017). Nesse sentido, a medicalização excessiva, recentemente, tem se tornado fonte importante de discussão entre os trabalhadores e pesquisadores da área da saúde. A prevenção quaternária surgiu nessa perspectiva, buscando alertar os prescritores sobre os riscos aos quais os pacientes podem estar expostos com a utilização de

intervenções diagnósticas e farmacoterapêuticas desnecessárias (TESSER, 2019). O uso inadvertido da hidratação venosa pode ser atribuído a tentativa de agilizar o atendimento, à insegurança dos profissionais em relação à eficácia da solução de reidratação oral, ou desejo dos pacientes ou familiares relacionada a utilização de hidratação venosa (DIALLO; CONG; HENDERSON, 2017). A aproximação dos prescritores às diretrizes de gestão assistencial tem sido associada ao aumento da qualidade da assistência.

Nesse sentido, há uma maior efetividade na estratégia quando ocorre a participação de prescritores em cursos de qualificação intensivos (mais de cinco dias de treinamento) (ROWE *et al.*, 2018). Além disso, estratégias de qualificação dos profissionais em relação ao manejo de diarreias apresentam maiores resultados ao envolver a supervisão e resolução de problemas em grupo (ROWE *et al.*, 2018). Todavia, outro estudo de revisão integrativa acrescenta que a capacitação de forma isolada não garante a qualidade da assistência, visto que a tomada de decisão é um processo complexo, e profissionais capacitados podem efetuar prescrição inadequada na tentativa de satisfação do desejo do paciente ou seu familiar (DIALLO; CONG; HENDERSON, 2017). Ademais, o acesso dos prescritores às diretrizes de gestão assistencial das diarreias em formato impresso, também tem sido associado ao manejo adequado da doença, e menor incidência de complicações da doença (KOBAYASHI *et al.*, 2017). Em instituições de pequeno porte, como é o caso dos serviços incluídos nesse estudo, em geral, há pouco investimento de tempo e recursos financeiros na qualificação da assistência em saúde prestada (SOUZA *et al.*, 2021).

No contexto exposto, a baixa qualidade técnico-científica da atenção pode ser atribuída ao despreparo dos profissionais para atuação frente ao modelo dos programas de assistência integral, e articulada a fala de poucos participantes do estudo acerca de capacitação sobre a temática, ausência na disponibilização de protocolos assistenciais, e fragilidades no monitoramento em relação a qualidade da assistência à doença nos serviços (WIEDENMAYER *et al.*, 2021). Em muitos cenários, como no qual foi efetuado o estudo, a atenção das equipes de saúde pode estar voltada às doenças crônicas, ou mais recentemente, às doenças emergentes e pandêmica como a COVID-19, e doenças transmissíveis como as diarreias são negligenciadas, o que desponta um retrocesso na atenção à doença.

Considerando que as diarreias são condições sensíveis à atenção primária à saúde, a ampla estruturação da rede pública de saúde do Brasil, fomentada por elevados investimentos financeiros, apresenta potencial para diminuição da carga da doença diarreica na sociedade. Todavia, frente aos

resultados do estudo aqui apresentado, pontua-se que ampliar o acesso da população a esses serviços pode não surtir impacto positivo no cenário encontrado, sem anterior organização dos serviços, e qualificação dos profissionais para gestão da assistência. O estudo apontou a inadequabilidade da estrutura física dos serviços de saúde como um fator relevante associado à gestão assistencial inadequada, sendo esse um avanço no conhecimento na área, visto que não foi achado de estudos anteriores. Esse achado pode decorrer das importantes diferenças na estruturação da rede de saúde do Brasil, em comparação a de países de baixa e média renda, onde prevalece a realização de estudos sobre a temática. No âmbito organizacional do processo de trabalho, o estudo detalha a dinâmica de atenção dos pacientes pelos diferentes profissionais, aspecto pouco investigado pelos demais estudos, e que evidenciou fatores associados à baixa qualidade da assistência.

Os resultados obtidos evidenciam a multiplicidade de fatores precipitantes na gestão assistencial inadequada, na dimensão físico/estrutural, na gerencial/organizacional, e na qualidade da assistência prestada, os quais podem repercutir em maior risco de complicações em pacientes com diarreia, de modo a elevar a taxa de hospitalizações em decorrência da doença.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A identificação das barreiras, e estas associadas às fragilidades na infraestrutura física dos estabelecimentos de saúde, de gerenciamento e organização dos serviços, e da qualidade da assistência à doença, pode-se afirmar que este contexto é a principal causa atribuída à elevada morbidade hospitalar por doença diarreica na região estudada. As lacunas identificadas e analisadas na gestão assistencial podem direcionar a implementação de ações nos serviços incluídos na tradução das diretrizes assistenciais aos contextos locais, superando as barreiras locais no tratamento da doença e impulsionar esforços coordenados dos setores públicos, privados e sociedade na elaboração de políticas públicas em âmbito regional, e nacional, na prevenção da doença. Além disso, o estudo preenche importante lacuna na literatura nacional relacionada às barreiras na gestão assistencial da doença, cuja baixa produção científica sobre o tema é contrastada por elevados indicadores de morbimortalidade ainda prevalentes no Brasil.

Uma das limitações deste estudo está atrelada à restrição da análise de serviços públicos, porém, é importante destacar que a região possui pouca cobertura e acesso à saúde suplementar. A outra, considerando a restrição da análise somente à perspectiva de profissionais de saúde e não com

os usuários e gestores de modo que pudessem ser identificadas as demais barreiras em relação a oferta e demanda dos serviços de saúde e que interferem na problemática desse estudo.

REFERÊNCIAS

BISWAS, D. *et al.* An ethnographic exploration of diarrheal disease management in public hospitals in Bangladesh: From problems to solutions. **Social science & medicine**. v. 260, p. 113-185, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2020.113185>. Acessado em: Mar. 2023.

BOUSQUAT, A. *et al.* Tipologia da estrutura das unidades básicas de saúde brasileiras: os 5 R. **Caderno de Saúde Pública**. v. 33, n. 8, p. e00037316, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00037316>. Acessado em: Set. 2022.

BORDIGNON, M. *et al.* Análise das internações por condições sensíveis à atenção primária no Oeste de Santa Catarina. **Revista Baiana de Saúde Pública**. v. 41, n. 2, p. 410-23, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.22278/2318-2660.2017.v41.n2.a1608>. Acessado em: Nov. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manejo do paciente com diarreia** [cartaz]. Brasil: Portal da Saúde; 2015. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/cartazes/manejo_paciente_diarreia_cartaz.pdf. Acessado em: Jan. 2023.

DIALLO, A. F. *et al.* Management of childhood diarrhea by healthcare professionals in low income countries: an integrative review. **International journal of nursing studies**. v. 66, p. 82–92, 2017. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28043020/>. Acessado em: Jan. 2023.

GOMES, A. M. *et al.* Implantação de protocolos de enfermagem para ampliação do acesso na atenção primária à saúde. **Enfermagem em Foco**. v. 12, n. 1, p. 110-4, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2021.v12.n7Supl.1.5186>. Acessado em: Set. 2022.

KOBAYASHI, M. *et al.* Quality of Case Management for Pneumonia and Diarrhea Among Children Seen at Health Facilities in Southern Malawi. **The American Journal of Tropical Medicine and Hygiene**. V. 96, n. 5, p. 1107-1116, 2017. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5417203/>. Acessado em: Jan. 2023.

KUIAVA, V. A.; PERIN, A. T.; CHIELLE, E. O. Hospitalização e taxas de mortalidade por diarreia no Brasil: 2000-2015. **Ciência & Saúde**. v. 12, n. 2, p. e30022, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.15448/1983-652X.2019.2.30022>. Acessado em: Mar. 2023.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2013.

OLIVEIRA, M. J. C. *et al.* Assistência de enfermagem no cuidado a diarreia infantil: revisão de literatura. **Reon Facema**. v. 3, n. 1, p. 401-6, 2017. Disponível em: <http://www.facema.edu.br/ojs/index.php/ReOnFacema/article/view/169/93>. Acessado em: Out. 2022.

POONAI, N. *et al.* Variables Associated With Intravenous Rehydration and Hospitalization in Children With Acute Gastroenteritis: A Secondary Analysis of 2 Randomized Clinical Trials. **JAMA Netw Open**. v.1, n.4, p. e216433, 2021. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33871616/>. Acessado em: Jan. 2023.

ROWE, S. Y. *et al.* Effectiveness of strategies to improve health-care provider practices in low-income and middle-income countries: a systematic review. **Lancet Glob Health**. v. 6, n. 11, p. e1163-e1175, 2018. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(18\)30398-X](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(18)30398-X). Acessado em: Nov. 2022.

SOUZA, F. E. A. *et al.* O poder simbólico e a gestão dos hospitais em municípios de pequeno porte. **Revista Gerencia y Políticas de Salud**, v. 20, p. 1-18, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgps20.psggh>. Acessado em: Mar. 2023.

SREERAMAREDDY, C. T.; LOW, Y-P.; FORSBERG, B. C. Slow progress in diarrhea case management in low and middle income countries: evidence from cross-sectional national surveys, 1985–2012. **BMC Pediatrics**. v. 17, n. 83, 2017. Disponível em: <https://bmcpediatr.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12887-017-0836-6>. Acessado em: Jan. 2023.

TESSER, C. D. Por que é importante a prevenção quaternária na prevenção?. **Revista de Saúde Pública**. v. 51, n. 116, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2017051000041>. Acessado em: Mar. 2023.

TESSER, C. D. Cuidado clínico e sobremedicalização na atenção primária à saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**. v. 17, n. 2, p. e0020537, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00205>. Acessado em: Jan. 2023.

WIEDENMAYER, K. *et al.* Adherence to standard treatment guidelines among prescribers in primary healthcare facilities in the Dodoma region of Tanzania. **BMC Health Service Research**. v. 21, n. 272, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12913-021-06257-y>. Acessado em: Dez. 2022.

ENTREVISTA CONCEDIDA

ENTREVISTADO 2. Manejo das doenças diarreicas. [Entrevista concedida a] Carlise Krein. Chapecó-SC, 26 de novembro de 2020.

ENTREVISTADO 3. Manejo das doenças diarreicas. [Entrevista concedida a] Carlise Krein. Chapecó-SC, 27 de novembro de 2020.

ENTREVISTADO 4. Manejo das doenças diarreicas. [Entrevista concedida a] Carlise Krein. Chapecó-SC, 27 de novembro de 2020.

ENTREVISTADO 6. Manejo das doenças diarreicas. [Entrevista concedida a] Carlise Krein. Chapecó-SC, 29 de novembro de 2020.

ENTREVISTADO 7. Manejo das doenças diarreicas. [Entrevista concedida a] Carlise Krein. Chapecó-SC, 25 de novembro de 2020.

ENTREVISTADO 9. Manejo das doenças diarreicas. [Entrevista concedida a] Carlise Krein. Chapecó-SC, 29 de novembro de 2020.