

ISSN 1982-8829, 2021. VOL. 17, N.01 PUBLICADO EM 2025

TEMPUS

ACTAS DE SAÚDE COLETIVA

VOL 17 N° 01



FOTO: RADILSON CARLOS GOMES

EDITORAS
MA. LUANA DIAS DA
COSTA
DRA. NATÁLIA F. DE
ANDRADE

"APOIO INSTITUCIONAL
COMO DISPOSITIVO DE
MUDANÇA NA SAÚDE DA
MULHER: COMPARAÇÃO
ENTRE EQUIPES DO
PMAQ-AB"

"CONHECIMENTOS E
ATITUDES SOBRE
DENGUE, ZIKA E
CHIKUNGUNYA EM
MUNICÍPIOS DAS CINCO
MACRORREGIÕES
BRASILEIRAS"

"CURSO ON-LINE
ABERTO E MASSIVO
(MOOC) SOBRE
ATENÇÃO À
REABILITAÇÃO DA
PESSOA COM
TRANSTORNO DO
ESPECTRO DO
AUTISMO"

TEMPUS
actas
de saúde coletiva



EDITORA
ECOS

© 2024 Núcleo de Estudos em Saúde Pública (NESP)

Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial.

REVISTA TEMPUS ACTAS DE SAÚDE COLETIVA

Coordenação Editorial

Ana Valéria M. Mendonça
Elmira L. M. S. Simeão
Maria Fátima de Sousa
José da Paz Oliveira Alvarenga

Revisão

Luana Dias da Costa
Josivania Silva Farias

Coordenação Institucional

Laboratório ECoS

Unidade de Tecnologia da Informação e
Comunicação em Saúde do Núcleo de Estudos em Saúde
Pública – UTICS/NESP/UnB

Diagramação e Publicação

Mônica Peres
Giovana Raquel Neves
Ceriaco
Paulo Ricardo Dias
Morais

Equipe Técnica de TI

Rogério Pritke
João Paulo Fernandes da Silva

Editores Científicos

Luana Dias da Costa
Natália Fernandes de Andrade

Revisão de Citações e Referências

Luana Dias da Costa
Natália Fernandes de Andrade

Editores Consultivos

Elmira L. M. S. Simeão
Mônica Peres

Para mais informações sobre a Revista Tempus Actas em Saúde Coletiva:

Unidade de Tecnologia da Informação e Comunicação em Saúde do Núcleo de Estudos em Saúde Pública
SCLN 406 Bloco A, 2º andar, Asa Norte, Brasília (DF), Brasil

CEP 70847-510

Tel.: (55++61) 3340-6863

Fax: (55++61) 3349-9884

E-mail: uticsnesp@unb.br

Ficha Catalográfica - Mônica R. Peres - CBR 1339

Tempus. Actas de Saúde Coletiva / Coordenadores Ana Valéria M. Mendonça, Elmira L. M. S. Simeão,
Maria Fátima de Sousa, José da Paz Oliveira Alvarenga - v. 17, n.01. - Brasília : Editora Ecos, 2023. /
Organizadores / Luana Dias da Costa, Natália Fernandes de Andrade.

Trimestral

Obra publicada em 2025 para atualização da coleção

ISSN 1982-8829

1. Saúde pública 2. Profissionais de Saúde I. Brasil. Núcleo de Estudos em Saúde Pública. ECoS

CDU 614(051)(817.4)



CONSELHO EDITORIAL

Coordenação Editorial

Ana Valéria Machado Mendonça, Editora Executiva - Universidade de Brasília, Brasil

Elmira Luzia Melo Soares Simeão - Universidade de Brasília, Brasil

Maria Fátima de Sousa - Universidade de Brasília, Brasil

Editores Científicos

Ana Valéria Machado Mendonça - Universidade de Brasília, Brasil

Cláudio Fortes Garcia Lorenzo - Universidade de Brasília, Brasil

Maria Fátima de Sousa - Universidade de Brasília, Brasil

Conselho Consultivo

Jairnilson Silva Paim, Instituto de Saúde Coletiva - Universidade Federal da Bahia (UFBA)

Magda Duarte dos Anjos Scherer - Universidade de Brasília (UnB)

Maria Cecília Minayo - Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro

Comissão Científica - Editores Associados

Andreia de Oliveira - Universidade de Brasília (UnB)

Aurora Cuevas Cerveró - Universidade Complutense de Madrid (UCM)

Carmen Fontes de Souza Teixeira - Instituto de Saúde Coletiva (UFBA)

Fernando Passos Cupertino de Barros - Universidade Federal de Goiás (UFG)

José da Paz Oliveira Alvarenga - Universidade Federal da Paraíba (UFPB)

Josivania Silva Farias - Universidade de Brasília (UnB)

Lise Renaud - *Faculté de Communication* - Université du Québec à Montréal (Canadá)

Maria Célia Delduque - Fundação Oswaldo Cruz Brasília

Maria da Glória Lima - Universidade de Brasília (UnB)

Maria Isabel Loureiro - Escola Nacional de Saúde Pública - Lisboa/Portugal

Rackynelly Alves Sarmento - Instituto Federal da Paraíba (IFPB)

Tiago Araújo Coelho de Souza - Universidade de Brasília (UnB)

Ximena Pamela Diaz Bermudez - Universidade de Brasília (UnB)

SUMÁRIO

ARTIGOS ORIGINAIS

Apoio institucional como dispositivo de mudança na saúde da mulher: comparação entre equipes do PMAQ-AB

Prevalência dos casos de sífilis em gestantes no Estado de Minas Gerais no período de 2017 a 2021

Perfil sociodemográfico e educacional dos gestores e trabalhadores da rede de atenção psicossocial no Município de Mossoró – RN

Tratamento cirúrgico da obesidade pelo SUS: a realidade do Rio Grande do Norte

A sobrevivência ao câncer no Brasil: percepções de gestores de unidades hospitalares

O papel dos movimentos sociais para enfrentamento das arboviroses

Conhecimentos e atitudes sobre dengue, zika e chikungunya em municípios das cinco macrorregiões brasileiras

Curso on-line aberto e massivo (mooc) sobre atenção à reabilitação da pessoa com transtorno do espectro do autismo: avaliação de nutricionistas

Análise segundo a variável sexo do acesso a serviços odontológicos da assistência básica do Sistema Único de Saúde (SUS) do Distrito Federal através de indicadores da atenção básica do Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB) em 2019

ARTIGOS DE REVISÃO

Crise não epiléptica: eventos paroxísticos de origem psicogênica

Dispneia, risco de queda e capacidade funcional no pós-operatório de cirurgias abdominais e urológicas

Método canguru na analgesia em prematuros de unidade de terapia intensiva neonatal: revisão integrativa

RELATO DE EXPERIÊNCIA

Trabalhos com grupos: experiências interprofissionais de uma equipe PET

Editorial

Ms. Luana Dias da Costa

Dr^a. Natália Fernandes de Andrade

Saúde Coletiva em movimento: temas livres, reflexões plurais

A edição v. 17, n. 1 da revista *Tempus – Actas em Saúde Coletiva* reúne artigos que, sob a perspectiva dos temas livres, compõem um mosaico instigante sobre os desafios e inovações em saúde coletiva no Brasil. As abordagens apresentadas reafirmam o caráter interdisciplinar do campo, evidenciando a interface entre práticas de cuidado, políticas públicas, movimentos sociais, educação em saúde e tecnologias.

Os **artigos originais** desta edição trazem uma rica diversidade de temas. Destacam-se análises sobre o apoio institucional como estratégia de mudança no cuidado à saúde da mulher, o enfrentamento das arboviroses a partir da atuação de movimentos sociais e os impactos da pandemia na reorganização da atenção primária. Há ainda estudos sobre o perfil de profissionais da saúde mental, a sobrevida ao câncer no Brasil, o tratamento cirúrgico da obesidade no SUS e a prevalência da sífilis em gestantes em Minas Gerais – todos com implicações diretas para o planejamento em saúde.

A edição também apresenta contribuições relevantes sobre o uso de tecnologias educacionais em saúde, com destaque para o desenvolvimento de um curso online massivo (MOOC) voltado à reabilitação de pessoas com transtorno do espectro do autismo. Essa iniciativa reforça a importância da educação permanente como ferramenta estratégica no fortalecimento do SUS.

Os **artigos de revisão** abordam temas clínicos e funcionais que ganham relevância no contexto da saúde pública, como a crise não epiléptica de origem psicogênica e os riscos de queda no pós-operatório. Esses estudos oferecem sínteses fundamentais para a atualização de profissionais e pesquisadores da área.

Encerrando o fascículo, o **relato de experiência** intitulado "*Trabalhos com grupos: experiências interprofissionais de uma equipe PET*" reafirma o valor da escuta, da construção coletiva e do cuidado compartilhado nas práticas em saúde. A experiência, marcada pela atuação interprofissional, inspira iniciativas semelhantes em espaços formativos e assistenciais.

Ao reunir pesquisas de diferentes regiões do país e de diversas abordagens metodológicas, esta edição reforça o compromisso da *Tempus* com a difusão de conhecimentos relevantes e socialmente comprometidos. Convidamos leitoras e leitores a explorarem esta edição com olhar crítico e sensível, atentos às transformações e às potências que emergem no cotidiano da saúde coletiva. Boa leitura!

**Apoio institucional como dispositivo de mudança na saúde da mulher:
comparação entre equipes do PMAQ-AB**

*Institutional support as change device in women's health: comparison
between PMAQ-AB teams*

*Apoio institucional como dispositivo de cambio en la salud de la mujer:
comparación entre los equipos de la PMAQ-AB*

Daphne Rattner¹

Roberta Alves Lopes²

RESUMO

Apoio Institucional (AI) é definido como uma função gerencial para cogestão que objetiva promover gestão compartilhada rompendo com modelos tradicionais de administração. Seu conceito visa reafirmar o modelo de gestão baseada em relações horizontais, democratizadas, contínuas e solidárias. O artigo objetiva compreender o impacto da utilização do AI como instrumento de gestão em relação às equipes de saúde participantes do 3º ciclo do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) focando aspectos relacionados à Saúde da Mulher e comparando resultados de equipes com e sem AI. Trata-se de pesquisa avaliativa com abordagem quantitativa de delineamento transversal baseada em dados secundários de acesso público do PMAQ-AB, analisando os resultados das equipes de AB aderidas ao 3º Ciclo e avaliadas por entrevista externa. Constatou-se que existem diferenças estatisticamente significativas entre as respostas, sendo que equipes com AI realizaram uma linha de cuidado relativa à Saúde da Mulher mais qualificada. Concluiu-se que a experiência com AI pode se configurar como prática técnica e relacional, fornecendo possibilidades para enfrentamentos cotidianos em outras redes de atenção para construção de melhorias, sendo uma excelente estratégia para gestão, oferecendo associação positiva com resultados melhores para as equipes que o utilizam.

Palavras-chave: Atenção primária à saúde, Atendimento integral à Saúde da Mulher, Apoio à aplicação de políticas na saúde, Apoio ao desenvolvimento de recursos humanos, Gestão em saúde.

¹ E-mail: daphne.rattner@gmail.com

² Mestre pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Brasília.

ABSTRACT

Institutional Support (IS) is defined as a managerial function for co-management aiming to promote shared management, breaking with traditional models of administration. The concept of IS aims to reaffirm the management model based on horizontal, democratized, continuous and solidary relationships. This article aims to understand the impact of using IS as a management tool in relation to health teams participating in the 3rd cycle of the primary care (PC) evaluation PMAQ-AB, focusing on aspects related to Women's Health and comparing the results of teams with and without IS. It is an evaluative research with a quantitative approach of cross-sectional design based on secondary data of public access, analyzing the results of the PC teams adhered to PMAQ-AB and evaluated by an external interview. There were statistically significant differences between the responses, with teams with IS performing a more qualified line of care related to Women's Health. We concluded that the experience with IS may be understood as a technical practice and a relational one, providing possibilities for daily challenges in other care networks to build improvements, which is an excellent strategy for management, offering a positive association with better results for teams that use it.

Keywords: Primary health care, Comprehensive care for Women's Health, Support for the application of health policies, Support for the development of human resources, Health management.

RESUMEN

El Apoyo Institucional (AI) se define como una función gerencial para la cogestión que tiene como objetivo promover la gestión compartida, rompiendo con los modelos tradicionales de administración. Su concepto apunta a reafirmar el modelo de gestión basado en relaciones horizontales, democratizadas, continuas y solidarias. El artículo tiene como objetivo comprender el impacto del uso de la AI como herramienta de gestión en relación con los equipos de salud que participan en el 3er ciclo del Programa Nacional para la Mejora del Acceso y de la Calidad de la Atención Primaria (PMAQ-AB) centrándose en aspectos relacionados con la Salud de la Mujer y comparando resultados de equipos con y sin AI. Se trata de una investigación evaluativa con enfoque cuantitativo con diseño transversal, a partir de datos secundarios disponibles al público del PMAQ-AB, analizando los resultados de los equipos AB adheridos al 3er Ciclo y evaluados por entrevista externa. Se constató que existen diferencias estadísticamente significativas entre las respuestas, y los equipos con AI realizaron una línea de atención más calificada relacionada con la Salud de la Mujer. Se concluye que la experiencia con AI puede configurarse como una práctica técnica y relacional, brindando posibilidades de confrontaciones diarias en otras redes de atención para construir mejoras, siendo una excelente estrategia para la gestión, ofreciendo una asociación positiva con mejores resultados para los equipos que utilizan.

Palabras clave: Atención primaria de salud, Atención integral a la salud de la mujer, Apoyo a la aplicación de políticas de salud, Apoyo al desarrollo de recursos humanos, Manejo de la salud.

Introdução

O Apoio Institucional (AI) é um instrumento criado por Gastão Wagner de Souza Campos e compõe o método Paideia, trazendo uma nova visão sobre mecanismos de gestão. Dessa forma, visa promover mudanças nos modos tradicionais de se fazer gestão, alterando os modelos centralizados de supervisão de trabalho, tornando o processo mais interativo, dando autonomia aos sujeitos envolvidos e tornando o processo de gestão mais descentralizado¹.

O método Paideia, segundo o autor, é utilizado no conceito ampliado de gestão, onde abrange uma função gerencial, política, pedagógica e terapêutica. Esse método é também definido como método da roda, ou seja, um espaço democrático para cogestão, possibilitando a construção de espaços para que equipes possam interferir em sistemas produtivos, processos de trabalho e modos de operar².

Assim, o AI é utilizado como recurso para trabalhar em conjunto com as equipes. Diferentemente dos conceitos de “consultor”, que atua fornecendo subsídios e recomendações para a realização do processo de trabalho da equipe e o de “supervisor”, que atua como um fiscalizador das atividades desempenhadas, o AI tem o intuito de desempenhar funções junto às equipes, no plano horizontal do organograma e com uma inserção matricial, construindo espaços coletivos em um sistema de cogestão¹.

O AI foi incluído no Programa Nacional de Melhoria e Avaliação da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) como um instrumento de incentivo e melhorias nas pactuações entre gestão e equipes de saúde além de auxílio para aproximar equipes de saúde com as necessidades dos usuários. Importante destacar que o principal objetivo do programa é ampliar o acesso e a melhoria de qualidade da Atenção Básica (AB). No 3º ciclo do PMAQ-AB, o AI foi inserido como uma fase de desenvolvimento a ser empreendida pelas equipes, gestões municipais, estaduais e Ministério da Saúde em conjunto com outras quatro dimensões (Autoavaliação; Monitoramento; Educação Permanente e Cooperação Horizontal), sendo realizadas de modo transversal a todas as outras fases do programa³.

Diante dos conceitos supracitados, é importante ressaltar que o AI tem papel fundamental nas linhas de cuidado ofertadas na AB, como é o caso da Saúde da Mulher. Nota-se que esta linha de cuidado demanda muito da equipe de AB e da gestão, uma vez que, segundo o IBGE⁴, as mulheres correspondem a 51,8% da população e, segundo a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher – PNAISM, são as principais usuárias das Unidades Básicas de Saúde (UBS)⁵.

Entre as diversas ações realizadas na AB para assistência às mulheres que buscam atendimentos nas UBS, pode-se citar principalmente a prevenção do câncer do colo do útero e mama, atenção ao pré-natal, puerpério e promoção do aleitamento materno, planejamento reprodutivo e atenção às mulheres em situação de violência sexual e/ou doméstica⁶.

No contexto de luta pela implantação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) em 1984, com o apoio do movimento feminista durante o processo de democratização no País, a PNAISM foi proposta em um processo de luta pelo reconhecimento de questões de gênero. Assim, ao compreender o conceito de longitudinalidade, observa-se que a mulher passa por diversas fases na vida, como a primeira menstruação, mudanças no corpo, início da vida sexual, gravidez, mudanças hormonais, nascimento de um filho, puerpério e amamentação, menopausa, além das diversas ações inerentes ao fato de ser mulher, mas que culturalmente exigem posturas diferentes do gênero, e neste caso, estamos falando da desigualdade de gênero no nosso País³.

Segundo Mendes⁷, a AB tende a lidar com processos complexos de sofrimento, demandas e adoecimentos por estar mais próxima da população usuária. Desta forma, no caso da Saúde da Mulher, por possuir característica resolutiva, envolve a necessidade de preparo da equipe para realizar o acompanhamento adequado dessa população, sendo necessária uma ampliação na capacidade de escuta, análise e intervenção nas necessidades de saúde por parte da equipe em relação às usuárias.

Sendo assim, a equipe de AB necessariamente precisa estar apta a lidar com os diversos casos e queixas que possam chegar e que envolvem todo um ciclo de acolhimento e acompanhamento das diversas fases vivenciadas. Conforme aponta Campos⁸, o apoio de profissionais específicos (institucional ou matricial) para apoio às equipes de AB pode qualificar e orientar um melhor cuidado integral, propiciando uma maior aproximação das equipes de saúde às necessidades dessas usuárias, intervindo de maneira positiva na realidade experimentada pelas equipes.

Este artigo buscou compreender o impacto que a utilização do AI como instrumento de gestão tem em relação às equipes de saúde que participaram do 3º ciclo do PMAQ-AB, focando em alguns aspectos relacionados à Saúde da Mulher, comparando os resultados das equipes que possuem AI com as equipes que não o possuem.

Método

Trata-se de pesquisa avaliativa com abordagem quantitativa, adotando o delineamento transversal, baseada em dados secundários de acesso público do Módulo II do terceiro ciclo do PMAQ-AB (2015-2016), onde os resultados foram organizados na forma consolidada emitidos pelo Ministério da Saúde em planilha Microsoft Excel®. O banco de dados do ciclo está disponibilizado no sítio da Atenção Primária à Saúde/Ministério da Saúde (<https://aps.saude.gov.br/ape/pmaq/ciclo3/>).

Dentre as fases de desenvolvimento do programa, o Ministério da Saúde coletou os dados através de uma avaliação externa, que é financiada pelo próprio MS, incluindo os custos relativos ao trabalho de campo da equipe, isentando o município de qualquer repasse para essa finalidade. A avaliação externa do 3º ciclo foi realizada pelo Departamento de Atenção Básica (DAB) em parceria com Instituições de Ensino e Pesquisa (IEP) de todo o País. Nessa etapa, um grupo de entrevistadores selecionados e capacitados, aplicaram o instrumento de avaliação externa através de um aplicativo instalado em um tablet com envio online das respostas registradas, para verificação de padrões de acesso e qualidade alcançados pelas equipes e pela gestão, contendo questões relacionadas às condições de infraestrutura, equipamentos, materiais e medicamentos das UBS, assistência entre outras questões¹⁰. Assim, o 3º ciclo do PMAQ-AB possui três fases: 1) Adesão e contratualização; 02) Certificação e; 03) Recontratualização, sendo que a entrevista externa aconteceu na fase de certificação do programa.

Para este estudo, foram analisados os resultados de 37.350 equipes de AB que fizeram adesão ao PMAQ-AB no ano de 2015 – 3º Ciclo e que foram avaliadas através de entrevista (93,9% do total das equipes).

Para a tabulação dos dados usou-se o ambiente de computação científica R, versão 4.0.2 em uma máquina Linux, e separou-se o banco de dados em dois grupos, onde um grupo aderiu ao AI e o outro não, conforme a resposta dada ao item "II.8.9" que pode ser verificado no quadro 1 anexo. Após essa separação, analisaram-se as respostas que os dois grupos deram para as perguntas selecionadas. No estudo em tela os dados foram apresentados em valores absolutos e percentuais. Foi calculada a razão de prevalência (RP) com o respectivo intervalo de confiança de 95% (IC95%), para indicar a magnitude das associações entre o AI e cada variável. Cabe ressaltar que as variáveis selecionadas estão apresentadas no anexo 1 desse artigo, cujas possibilidades de resposta pelas equipes foram 'Sim/ Não'.

Por se tratar de uso de base de dados secundários com acesso público, dado que é garantida a confidencialidade e não haverá divulgação de informações individuais de equipes, não foi necessária submissão ao comitê de ética em pesquisa, conforme a Resolução CNS nº 510, de 07 de abril de 2016.

Resultados

A tabela 1 apresenta as respostas das equipes ao questionário da avaliação externa do PMAQ-AB no que se refere à seleção de perguntas relacionadas à Atenção à Saúde da Mulher. Pode-se observar que a maioria das equipes que participaram do programa em seu 3º ciclo possuem AI como instrumento de gestão, sendo 34.413 equipes com AI e 2.937 equipes sem AI. São destacados os itens em que a utilização do AI como método de gestão apresentou maior força de associação com resultados positivos, dando ênfase em negrito aos resultados em que $RP \geq 1,10$.

Constata-se que existem diferenças estatisticamente significativas entre as respostas dadas a cada questionamento ($p < 0,0001$), observando que as equipes que possuem AI foram associadas positivamente aos melhores resultados, corroborando a ideia de que também realizaram uma linha de cuidado relativa à Saúde da Mulher mais qualificada nos itens apresentados.

Na análise dessa tabela, observa-se que as equipes que possuem AI obtiveram melhor resultado em relação a receber apoio de outros profissionais de saúde para resolução de casos considerados complexos ($RP=1,10$; IC 95%: 1,09-1,12). Além disso, as equipes com AI demonstraram associação positiva em registrar o número de mulheres com exames atrasados ($RP=1,40$; IC 95%: 1.36 - 1.45) e em registrar o número de mulheres com exame de mamografia e/ou ultrassom mamária alterados ($RP=1,42$; IC 95%: 1.37 - 1.47), possibilitando às equipes que possuem apoio um melhor monitoramento da Saúde das Mulheres em acompanhamento nas UBS. Observou-se também diferenças estatisticamente significativas entre o registro com o número de gestantes de alto risco no território ($RP=1,15$; IC 95%: 1.13 - 1.18) e no acompanhamento dos casos de violência familiar conjuntamente com os profissionais de outro serviço ($RP=1,13$; IC 95%: 1.11 - 1.14). Nesse caso, as equipes com AI apresentaram maior força de associação positiva em realizar acompanhamento de forma integralizada.

É importante salientar que, apesar dos demais itens também apresentarem diferenças estatísticas entre as equipes com AI e as equipes sem AI, observou-se fraca associação nos resultados. Isso pode estar ligado ao fato de esses itens comporem a relação de serviços mínimos estabelecidos para oferta nas UBS conforme a Política Nacional de Atenção Básica - PNAB (17), ser realizados rotineiramente e conseqüentemente apresentarem fraca associação na exposição ao AI.

Tabela 1. Desempenho das equipes em relação à Atenção à Saúde da Mulher na avaliação da PMAQ segundo disponibilidade de Apoio Institucional. Brasil, 2015-2016.

Variáveis		Equipes com AI		Equipes sem AI		RP	IC 95%	P
		Nº	%	Nº	%			
1. A equipe recebe apoio de outros profissionais para auxiliar ou apoiar na resolução de casos considerados complexos?	Sim	33.926	98,6	2.621	89,2	1,10	1,09-1,12	0,0000
	Não	487	1,4	316	10,8			
2. A equipe realiza ações de planejamento familiar?	Sim	33.361	96,9	2.651	90,3	1,07	1,06 - 1,09	0,0000
	Não	1.052	3,1	286	9,7			
3. A equipe realiza a coleta do exame citopatológico na unidade de saúde?	Sim	33.711	98	2.788	94,9	1,03	1,02 - 1,04	0,0000
	Não	702	2	149	5,1			
4. A equipe possui registro do número de Mulheres com coleta atrasada de exame citopatológico?	Sim	25.581	75,9	1.506	54	1,40	1,36 - 1,45	0,0000
	Não	8.130	24,1	1.282	46			
5. A equipe possui registro de Mulheres com exames citopatológicos alterados?	Sim	29.551	87,7	2.265	81,2	1,08	1,06 - 1,10	0,0000
	Não	4.160	12,3	523	18,8			
6. A equipe possui o registro de Mulheres com exame de mamografia e/ou ultrassom mamária alterado?	Sim	24.014	69,8	1.445	49,2	1,42	1,37 - 1,47	0,0000
	Não	10.399	30,2	1.492	50,8			
7. A equipe de AB realiza o seguimento das Mulheres após tratamento realizado na atenção especializada?	Sim	33.475	97,3	2.640	89,9	1,08	1,07 - 1,10	0,0000
	Não	938	2,7	297	10,1			
8. A equipe realiza consulta de pré-natal?	Sim	33.877	98,4	2.825	96,2	1,02	1,02 - 1,03	0,0000
	Não	536	1,6	112	3,8			
9. A equipe organiza as ofertas de serviço e encaminhamentos (consultas, exames) das gestantes baseadas na avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade?	Sim	33.384	98,5	2.685	95	1,04	1,03 - 1,05	0,0000
	Não	493	1,5	140	5			
10. A equipe de AB possui registro com o número de gestantes de alto risco no território?	Sim	28.183	83,2	2.040	72,2	1,15	1,13 - 1,18	0,0000
	Não	5.694	16,8	785	27,8			
11. A equipe realiza consulta de puericultura nas crianças de até dois anos (crescimento/desenvolvimento)?	Sim	33.766	98,1	2.800	95,3	1,03	1,02 - 1,04	0,0000
	Não	647	1,9	137	4,7			
12. A equipe acompanha casos de violência familiar conjuntamente com os profissionais de outro serviço (CRAS, Conselho Tutelar)?	Sim	32.298	93,9	2.450	83,4	1,13	1,11 - 1,14	0,0000
	Não	2.115	6,1	487	16,6			

Notas: *Em negrito foram salientados os resultados em que $RP > 1,10$; RP = Razão de Prevalência

Discussão

Com a democratização da saúde e a criação de metodologias para inserir a descentralização nos processos de gestão e relações interfederativas, principalmente em conjunto com a participação social, o MS desenvolveu ferramentas, como por exemplo, a criação da Política Nacional de Humanização (PNH), os colegiados gestores e a reestruturação do Departamento de Apoio à Descentralização (DAD) para tornar possíveis as mudanças no sentido de descentralização no modelo de gestão que era centralizador. Assim, o MS desenvolveu e coordenou a implementação do AI nos estados e municípios, com o intuito de integrar as áreas com as políticas de saúde do MS e incorporando o AI no planejamento estadual, municipal e regional na RAS. Dentre as diversas áreas de alocação do AI, a inserção do dispositivo no planejamento das redes temáticas foi elencada como uma de suas atuações principais, estimulando alguns estados e municípios a incluírem apoiadores também em seus processos de trabalho. Assim, é importante ressaltar que a rede municipal de saúde de Campinas/SP foi a primeira a implementar esse método de gestão, seguida por outras redes como as de Belo Horizonte/MG, Sobral/CE, Diadema/SP, Amparo/SP, São Bernardo/SP, Recife/PE, Aracaju/SE, Vitória/ES, assim como as Secretarias Estaduais de Saúde do Rio de Janeiro e da Bahia e a Fundação Estatal de Saúde da Família da Bahia⁹.

Conforme se pode observar, o AI ganhou força após sua implementação nessas redes de saúde a partir do início dos anos 2000 e tem desempenhado um papel importante na melhoria da qualidade das equipes de saúde da AB. Ao notar o quantitativo de equipes que participaram da avaliação do 3º ciclo do PMAQ-AB, nota-se que 34.413 (92,1%) equipes possuíam AI e 2.937 (7,9%) não o possuíam. Esses números demonstram que a maior parte das equipes que aderiram ao PMAQ-AB também se comprometeram a inserir o AI como metodologia transversal ao programa, e daí se pode depreender também que a metodologia proposta por Campos¹ tem sido adotada principalmente pela gestão municipal.

A AB, por ser porta de entrada do sistema de atenção à saúde, é mais próxima da vida da comunidade e, por este motivo, tende a ter mais conhecimento das questões de saúde dos usuários que fazem acompanhamento nas UBS. Entre as funções das equipes de saúde da AB, deve-se observar rotinas, adoecimentos em comum, acompanhamento das diversas fases vivenciadas, além de observar os critérios de risco e vulnerabilidades da população. Em relação à Saúde da Mulher, que são as principais usuárias das UBS, diante de todo o contexto de lutas vivenciadas até os dias atuais, demonstra-se uma trajetória marcada muitas vezes pela

ausência das próprias mulheres no debate relacionado ao próprio corpo¹⁰. Levando em consideração esse cenário, as equipes de saúde devem estar orientadas e articuladas em relação à rede temática da Saúde da Mulher, promovendo a inclusão dessas usuárias no debate relacionado à saúde individual e coletiva dessa linha de cuidado, assim como a assistência adequada de acordo com as necessidades encontradas, com o intuito de ofertar melhor atendimento a essa população^{5,9}.

Ao se analisar os dados relativos à Saúde da Mulher, identifica-se que as equipes que possuem AI apresentaram melhores resultados em todos os itens estudados, conforme exposto na tabela 1. Levando em consideração a metodologia intrínseca do dispositivo implementado por essas equipes, observa-se que os resultados indicam relevância na inclusão do método (Paideia) e somam conhecimento positivo sobre a utilização do dispositivo (AI). Como fator corroborante a essa conclusão, analisando todo o contexto de atuação do AI e sua importância na atuação de redes temáticas, sendo nesse caso a Saúde da Mulher, identifica-se que o mesmo pode atuar como um dispositivo de qualificação do processo de trabalho, sendo instrumento de intervenção para resolução dos problemas enfrentados tanto pelas equipes de saúde quanto pelas usuárias que buscam assistência, de modo a trabalhar em conjunto com os grupos envolvidos e propiciar resultados positivos em indicadores de avaliação, como por exemplo, no PMAQ-AB^{1,5}.

No que se refere ao acompanhamento das usuárias, observam-se melhores efeitos principalmente no registro de mulheres com exames citopatológicos atrasados e registro de exames de mamografia alterados, demonstrando que nas equipes com AI o processo de acompanhamento das usuárias pelas equipes de saúde tende a ser monitorado com melhor qualidade. De acordo com o INCA¹¹, no Brasil, no ano de 2020, ocorreram 66.280 novos casos relacionados a câncer de mama feminina e 16.710 novos casos de câncer do colo do útero. Além disso, em 2019 ocorreram 18.068 óbitos relacionados ao câncer de mama e 6.596 óbitos relacionados ao câncer do colo do útero. Nota-se assim a importância de uma equipe de saúde capacitada e apoiada para prevenir e detectar precocemente essas doenças, sendo o registro dos dados das usuárias fator primordial para um acompanhamento mais efetivo, o que fortalece o entendimento do papel da AB como ordenadora do cuidado para redução da morbimortalidade por essas patologias.

Em relação aos demais dados expostos na tabela 1, observou-se fraca associação positiva do AI no planejamento familiar, realização de pré-natal, acompanhamento de gestantes e consultas de puericultura. Entretanto, cabe salientar que, apesar da fraca associação na utilização do AI, os resultados das equipes que utilizaram o dispositivo ainda

foram superiores quando comparadas às demais equipes, demonstrando ainda assim que as equipes que receberam um acompanhamento mais próximo da gestão apresentaram também melhores resultados na avaliação desse programa.

Considerando o exposto, cabe salientar que dentre as funções do AI^{12,13}, características como viabilizar a realização de projetos pactuados pelos envolvidos (institucionais e sociais) e a ‘construção de objetivos comuns com pactuação de compromissos e contratos’ podem ter sido fatores de influência direta nos resultados das equipes com AI, uma vez que a adesão ao PMAQ-AB e inserção do AI é voluntária pelas equipes de saúde e gestão, partindo desses o compromisso e a responsabilidade de qualificar seus indicadores³. Assim, percebe-se que o AI tem influenciado positivamente as equipes que aderiram o PMAQ-AB e que incluíram o AI como dispositivo de mudanças. Ademais, para se alcançar os resultados previstos pelas políticas do Ministério da Saúde e/ou pela gestão estadual/municipal, o AI pode ser considerado um instrumento potente para propiciar aos profissionais de saúde novos modos de operar e produzir, contribuindo para melhorar a qualidade de assistência das equipes no SUS¹³.

Diante disso, os achados deste estudo apresentaram resultados semelhantes ao apontado por Santos *et al*¹⁴, que objetivaram analisar se o grau de AI e de Apoio Matricial estava associado a melhor certificação do PMAQ-AB no ano de 2012. Na pesquisa supracitada, os resultados demonstraram que as atividades do AI foram expressivas nas equipes de AB, encontrando associação progressiva: quanto maior a incorporação das atividades de apoio, maior foi o resultado na certificação da equipe. Dessa forma, os autores trazem a discussão de que essa associação entre o grau de apoio e a certificação da equipe reforça a ideia de que a circulação de saberes, autonomia dos sujeitos e a capacidade crítica dos grupos melhoram a qualidade e a gestão da AB.

No que se refere à utilização do AI em todo o processo de integralidade na Saúde da Mulher, tanto na AB quanto nos demais níveis de atenção, é importante destacar o projeto Apice ON - Aprimoramento e Inovação no Cuidado e Ensino em Obstetrícia e Neonatologia que é uma iniciativa do Ministério da Saúde, executado pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) em conjunto com outras instituições parceiras e que utiliza o AI como estratégia para disparar e sustentar as intervenções nos processos de trabalho. Sendo assim, o objetivo do Apice ON é qualificar os processos de atenção, gestão e formação relativos ao parto, nascimento e ao abortamento em hospitais com atividades de ensino, incluindo o AI no projeto com a função de supervisão e mediação, atuando de forma a reafirmar novos modos de estabelecer relações entre os sujeitos envolvidos conforme previsto pela PNH¹⁵.

Desse modo, nota-se que o AI tem alcançado outros níveis de atenção além da AB, proporcionando mudanças nos modos tradicionais de se fazer gestão e aproximando as relações entre os envolvidos, inclusive no âmbito hospitalar. Conforme demonstrado nos dados desta pesquisa e no Apice ON, a linha de cuidado relativa às mulheres é integralizada e deve receber cuidado contínuo por parte das equipes. Por essa linha de cuidado envolver diversos campos de atuação e contato permanente com a assistência à saúde, é importante que instituições e equipes estejam capacitadas e apoiadas para atuação e possíveis intercorrências nas principais abordagens, tais como intercorrências ginecológicas relacionadas à menstruação e sangramento fora do comum; rastreamento do câncer do colo do útero e de mama; ações de atenção à saúde da mulher no climatério, gravidez, parto, puerpério, depressão pós-parto, violência doméstica, entre outros que exigem acompanhamento longitudinal por parte das equipes de saúde⁶.

Com isso, compreendendo a magnitude e a complexidade que está envolvida na temática da Saúde da Mulher, seria importante a possibilidade de ampliação no que diz respeito ao cuidado dessa população na AB e a participação das equipes de saúde em todos os momentos vivenciados pelas usuárias assistidas. Desse modo, para alcançar o objetivo do acompanhamento integral e longitudinal por essas equipes, os municípios poderiam se organizar para inclusão do AI conforme implementado anteriormente pelo MS aos estados, em que o AI estava inserido no planejamento das redes temáticas e atuava com foco específico em uma linha de atenção⁹. Ou seja, com a necessidade de capacitação das equipes de saúde e apoio por parte de gestão para qualificar a assistência prestada no cuidado à Saúde da Mulher, seria importante a inclusão do AI atuando especificamente nessa temática no âmbito municipal, com o intuito de qualificar a assistência já ofertada, ampliar o acesso, além de qualificar os processos de promoção e prevenção nessa linha de cuidado.

Como limitação desta pesquisa, destaca-se a possibilidade de alguns dados não conseguirem adentrar e demonstrar a realidade vivenciada pelas equipes de saúde e suas relações com o AI através de uma avaliação externa. Conforme apresentado no estudo dos apoiadores do SUS-Campinas (que foi protagonista na implantação do método Paideia) sobre o processo de trabalho do AI, foi demonstrada uma prática de trabalho realizada em torno de questões administrativas e burocráticas, não sendo possível aplicar o método do AI conforme previsto inicialmente por Campos^{16,1}. No caso desta pesquisa, não foi possível identificar no processo de avaliação do programa quais as condições de trabalho dos apoiadores envolvidos, podendo estas ser semelhantes ao referido por Fernandes e Figueiredo no estudo sobre o SUS-Campinas¹⁶. Como fortaleza, ressalta-se a utilização do banco de dados do PMAQ-AB com o

intuito de demonstrar quantitativamente a utilização do AI, revelando a expressão positiva do dispositivo tanto dentro do próprio programa quanto na possibilidade de inserção do AI para atuação em uma área específica, possibilitando processos mais democráticos e compartilhados. Assim, é importante destacar a necessidade de mais discussões acerca do trabalho do apoiador, da utilização do método de gestão compartilhada em todos os níveis de atuação e de gestão, da aplicação do método Paideia e do conceito do AI proposto por Campos¹ com a intenção de ratificar a necessidade de transformação dos processos de trabalho e consolidar de fato esse projeto de gestão.

Isto posto, os resultados apresentados neste estudo demonstram que a estratégia do AI tem se difundido e, como fator corroborante, tem sido uma estratégia incentivada pelo Ministério da Saúde através da PNAB, PNH e do PMAQ-AB, por exemplo^{17, 16, 3}. Ademais, considerando o exposto, cabe salientar que algumas das linhas de atuação que constam na PNAISM⁵ ainda não foram implementadas, a exemplo do climatério e queixas ginecológicas que, apesar de possuir manual e protocolo para subsidiar as equipes de saúde, ainda não são um programa implementado pelo MS. Assim, seria interessante a utilização do AI na programação para implementação dessas temáticas na AB, de modo que a estratégia fosse capilarizada mais rapidamente pelas equipes de saúde, promovendo uma gestão da implementação mais próxima da realidade vivenciada pelas equipes e usuárias, além de atuar como um apoio para ampliação e execução das ações recomendadas pelo MS.

Considerações finais

O AI tem grande potencial para se capilarizar, principalmente quando inserido em redes temáticas como na Saúde da Mulher. Os resultados apontam associação positiva à exposição ao AI com melhores resultados, reforçando a ideia de melhor experiência das equipes de saúde na avaliação do PMAQ-AB. Ao observar os dados, é notório que o dispositivo cumpre com seu objetivo de fomentar o processo de mudança nas equipes, oferecendo uma gestão democrática e contribuindo para melhorar a qualidade da gestão no SUS. Sendo assim, ao observar associação positiva na utilização do AI, pode-se considerar que os resultados demonstraram avanço nos processos de trabalho das equipes, tendo em vista que o método de gestão compartilhada responsabiliza todos os envolvidos, fazendo com que a equipe de saúde tenha participação ativa tanto na identificação dos problemas e no entendimento da necessidade de mudanças, quanto nas propostas de solução.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Campos GWS. Um método para análise e cogestão de coletivos. São Paulo: HUCITEC; 2000.
2. Campos GWS. Paideia e gestão: indicações metodológicas sobre o apoio. In: Campos GWS, organizador. Saúde Paideia. São Paulo: Hucitec; 2007. p. 85-102.
3. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual Instrutivo PMAQ: para as equipes de atenção básica (saúde da família, saúde bucal e equipes parametrizadas) e NASF. Brasília (DF): SAS; 2017.
4. IBGE. Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua 2012/2019.
5. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes. Brasília (DF): SAS; 2004.
6. Ministério da Saúde. Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa. Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres. Brasília (DF): MS; 2016.
7. Mendes CRA. Atenção à Saúde da Mulher na AB: Potencialidades e Limites. *Ensaio Cienc Cienc Biol Agrar Saúde*. 2016;20(2):65-72.
8. Campos GWS. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. *Ciênc Saúde Coletiva*. 1999;4(2):393-403. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81231999000200013&lng=en. doi: 10.1590/S1413-81231999000200013.
9. Pereira Junior N, Campos GWS. O apoio institucional no sistema único de saúde (SUS): os dilemas da integração interfederativa e da cogestão. *Interface Comun Saúde Educ*. 2014;18(Supl 1):895-908.
10. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária. O que é a Atenção Primária. Brasília (DF): SAS; 2021 [acesso em 25 mar 2021]. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/smp/smpoquee>.
11. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Estatísticas de câncer. Brasília (DF): INCA; 2021 [acesso em 26 mar 2021]. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/numeros-de-cancer>.
12. Guedes CR, Roza MMR, Barros MEB. O apoio institucional na Política Nacional de Humanização: uma experiência de transformação das práticas de produção de saúde na rede de atenção básica. *Cad Saúde Colet*. 2012;20(1):93-101.
13. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 4ª ed. Brasília (DF): SAS; 2010.

14. Santos AF, Machado ATGM, Reis, Abreu DMX, Araújo LHL, Rodrigues et al. Apoio institucional e matricial e sua relação com a atenção primária à saúde. *Rev Saúde Pública*. 2015;49:54. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102015000100241&lng=en. doi: 10.1590/S0034-8910.2015049005519.
15. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Apice ON - Aprimoramento e Inovação no Cuidado e Ensino em Obstetrícia e Neonatologia. Brasília (DF): SAS; 2017.
16. Fernandes JA, Figueiredo MD. Apoio institucional e cogestão: uma reflexão sobre o trabalho dos apoiadores do SUS Campinas. *Physis*. 2015;25(1):287-306. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312015000100287&lng=pt. doi: 10.1590/S0103-73312015000100016.
17. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília (DF): SAS; 2017.

ANEXO A

Quadro 1. Relação das perguntas referentes à Saúde da Mulher selecionadas do questionário do PMAQ-AB, Módulo II, Brasil, 2015.

PERGUNTAS SELECIONADAS
II.8.9. Sua equipe recebe Apoio Institucional permanente de uma equipe ou pessoa da Secretaria Municipal de Saúde com o objetivo de discutir, de forma conjunta, sobre o processo de trabalho auxiliando nos problemas identificados?
II.3.1. A equipe recebe apoio de outros profissionais para auxiliar ou apoiar na resolução de casos considerados complexos?
II.13.1 A equipe realiza ações de planejamento familiar?
II.14.1 A equipe realiza a coleta do exame citopatológico na UBS?
II.14.2 A equipe possui registro do número de Mulheres com coleta atrasada de exame citopatológico?
II.14.3 A equipe possui registro de Mulheres com exames citopatológicos alterados?
II.14.4 A equipe possui o registro de Mulheres com exame de mamografia e/ou ultrassom mamária alterado?
II.14.7 A equipe de atenção básica realiza o seguimento das Mulheres após tratamento realizado na atenção especializada?
II.15.1 A equipe realiza consulta de pré-natal?
II.15.4 A equipe organiza as ofertas de serviço e encaminhamentos (consultas, exames) das gestantes baseadas na avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade?
II.15.5 A equipe de atenção básica possui registro com o número de gestantes de alto risco no território?
II.16.1 A equipe realiza consulta de puericultura nas crianças de até dois anos (crescimento/desenvolvimento)?
II.16.7 A equipe acompanha casos de violência familiar conjuntamente com os profissionais de outro serviço (CRAS, Conselho Tutelar)?

Fonte: Módulo II do Manual instrutivo para as equipes de AB e NASF, 2015.

Prevalência dos casos de sífilis em gestantes no Estado de Minas Gerais no período de 2017 a 2021

Prevalence of syphilis cases in pregnant women in the State of Minas Gerais from 2017 to 2021

Prevalencia de casos de sífilis en mujeres embarazadas en el Estado de Minas Gerais de 2017 a 2021

Gisele Aparecida Fofano

Lívia Campos Afonso

Francislayne Pessoa da Costa

Gabriela Janis Ribeiro de Carvalho

Amanda Martins Lopes

Laura Marina de Assis Faria

RESUMO

Sífilis é uma doença infectocontagiosa causada pelo *Treponema pallidum*, bactéria espiroqueta, que pode ser transmitida por via sexual, vertical, pelo contato com materiais perfurantes contaminados e por transfusão sanguínea. Sífilis gestacional é definida por todos os casos com sorologia não treponêmica reagente, com qualquer titulação realizado durante o pré-natal e parto. É considerada uma das infecções maternas passíveis de transmissão ao feto mais prevalente e responsável por altos índices de morbimortalidade perinatal. O objetivo desse estudo é delinear o perfil epidemiológico de gestantes com sorologia positiva para a sífilis e analisar os fatores sociais envolvidos no período de 2017 a 2021 no estado de Minas Gerais. Trata-se de uma pesquisa de caráter epidemiológico, ecológico e descritivo, realizada através de dados secundários do Departamento de Informática do SUS (DATASUS). Disponibilizados pelo do Sistema Nacional de Doenças e Agravos de Notificação - 2007 em diante (SINAN). Os resultados mostraram aumento no número de casos de sífilis gestacional nos anos de 2017 a 2020 e uma queda em 2021. A maior taxa de infecção se concentra no perfil de gestantes com 20 a 29 anos e de baixa escolaridade. Além disso, observou-se que a maioria dos casos são identificados no 3º trimestre de gestação, o que configura um diagnóstico tardio. Evidenciou-se ainda, que a sífilis é uma doença grave, de notificação compulsória e passível de tratamento. O seu diagnóstico durante a gestação é essencial, tendo em vista as diversas complicações materno-fetais que podem ser evitadas.

Palavras-Chave: Sífilis, Infecções Sexualmente Transmissíveis, Saúde Coletiva

SUMMARY

Syphilis is an infectious disease caused by *Treponema pallidum*, a spirochete bacterium, which can be transmitted sexually, vertically, by contact with contaminated perforating materials and by blood transfusion. Gestational syphilis is defined as all cases with reactive nontreponemal serology, with any titration performed during prenatal care and delivery. It is considered one of the most prevalent maternal infections that can be transmitted to the fetus and is responsible for high rates of perinatal morbidity and mortality. The objective of this study is to outline the epidemiological profile of pregnant women with positive serology for syphilis and to analyze the social factors involved in the period from 2017 to 2021 in the state of Minas Gerais. This is an epidemiological, ecological and descriptive research carried out using secondary data from the SUS Department of Informatics (DATASUS). Made available by the National System of Notifiable Diseases and Diseases - 2007 onwards (SINAN). The results showed an increase in the number of cases of gestational syphilis in the years 2017 to 2020 and a decrease in 2021. The highest rate of infection is concentrated in the profile of pregnant women aged 20 to 29 years and with low education. In addition, it was observed that most cases are identified in the 3rd trimester of pregnancy, which constitutes a late diagnosis. It was also evidenced that syphilis is a serious disease, of compulsory notification and amenable to treatment. Its diagnosis during pregnancy is essential, in view of the various maternal-fetal complications that can be avoided.

Keywords: Syphilis, Sexually Transmitted Infections, Public Health

RESUMEN

La sífilis es una enfermedad infecciosa causada por *Treponema pallidum*, una bacteria espiroqueta, que puede transmitirse sexualmente, verticalmente, por contacto con materiales perforantes contaminados y por transfusión de sangre. La sífilis gestacional se define como todos los casos con serología no treponémica reactiva, con cualquier titulación realizada durante la atención prenatal y el parto. Se considera una de las infecciones maternas más prevalentes que puede transmitirse al feto y es responsable de altas tasas de morbimortalidad perinatal. El objetivo de este estudio es delinear el perfil epidemiológico de las gestantes con serología positiva para sífilis y analizar los factores sociales involucrados en el período de 2017 a 2021 en el estado de Minas Gerais. Se trata de una investigación epidemiológica, ecológica y descriptiva realizada con datos secundarios del Departamento de Informática del SUS (DATASUS). Puesta a disposición por el Sistema Nacional de Enfermedades y Enfermedades de Declaración Obligatoria - 2007 en adelante (SINAN). Los resultados mostraron un aumento en el número de casos de sífilis gestacional en los años 2017 a 2020 y una disminución en 2021. La mayor tasa de infección se concentra en el perfil de gestantes de 20 a 29 años y con baja escolaridad. Además, se observó que la mayoría de los casos se identifican en el 3er trimestre del embarazo, lo que constituye un diagnóstico tardío. También se evidenció que la sífilis es una enfermedad grave, de notificación obligatoria y susceptible de tratamiento. Su diagnóstico durante el embarazo es fundamental, dadas las diversas complicaciones materno-fetales que se pueden evitar.

Palabras clave: Sífilis, Infecciones de Transmisión Sexual, Salud Pública

Introdução

Sífilis é uma doença infectocontagiosa causada pelo *Treponema pallidum*, bactéria espiroqueta, descoberta em 1905 por Schaudinn e Hoffman. Sua transmissão pode ocorrer por via sexual, vertical (da gestante para o feto), pelo contato com materiais perfurantes contaminados e por transfusão sanguínea, apesar de ser mais raro. Pode apresentar diversas manifestações clínicas em diferentes estágios, destacam-se as feridas em região genital, exantema, linfonomegalias, dor muscular, febre, cegueira e doenças cerebrais, em casos mais avançados¹.

A Sífilis gestacional é definida por todos os casos com sorologia não treponêmica reagente, com qualquer titulação realizado durante o pré-natal e parto. É considerada uma das infecções maternas passíveis de transmissão ao feto mais prevalente e responsável por altos índices de morbimortalidade perinatal². No Brasil, entre os anos de 2010 e 2016, a taxa de incidência de sífilis gestacional passou de 3,5 para 12,4 casos a cada mil nascidos vivos, um aumento de aproximadamente três vezes no número de casos³.

Os casos de sífilis em gestantes são de notificação compulsória desde 2005 no Brasil, ou seja, todos profissionais responsáveis pelos serviços de saúde prestados à paciente, devem notificar essa doença⁴. Além disso, em 2011, o Ministério da Saúde estabeleceu por meio da Portaria nº 1.459/GM/MS a “Rede Cegonha”, estratégia que propõe assegurar à mulher e a criança o direito à atenção humanizada durante o pré-natal, parto, nascimento e puerpério. Uma das ações implantadas são os testes rápidos de HIV e sífilis na Atenção Básica, com o objetivo de detectar e tratar precocemente essas infecções⁵.

Por conseguinte, o pré-natal é o momento de identificação e redução dos riscos, dado que o teste rápido e o VDRL devem ser realizados no momento do diagnóstico da gestação. Caso um dos testes seja positivo, é recomendado iniciar o tratamento da gestante e do parceiro. Além disso, deve-se orientá-los sobre a importância de seguir as recomendações terapêuticas, uma vez que a sífilis na gestação aumenta o risco de transmissão vertical e se não for corretamente tratada, pode resultar em graves sequelas perinatais, aborto espontâneo, morte neonatal e prematuridade⁶.

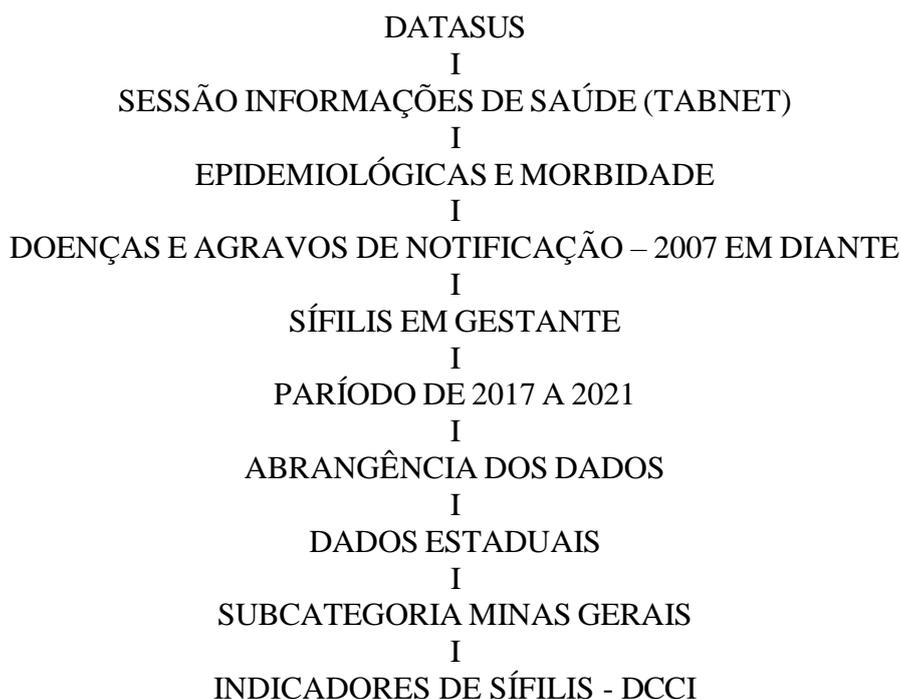
Apesar da grande cobertura de assistência ao pré-natal no Brasil, muitas mulheres não conseguem ter acesso a esse serviço devido aos diversos fatores socioeconômicos, entre eles pode-se destacar o grau de escolaridade, a idade da mãe e a

situação econômica. Além disso, muitas gestantes que conseguem realizar o pré-natal perdem oportunidades de diagnóstico e tratamento da sífilis, pois ainda existem obstáculos a serem vencidos, como a falta de intervenção educacional e a captação precoce da gestante⁷. O objetivo desse estudo é delinear o perfil epidemiológico de gestantes com sorologia positiva para a sífilis e analisar os fatores sociais envolvidos no período de 2017 a 2021 no estado de Minas Gerais.

Metodologia

Estudo de caráter epidemiológico, ecológico e descritivo, realizado através de dados secundários do Departamento de Informática do SUS (DATASUS) disponibilizados pelo do Sistema Nacional de Doenças e Agravos de Notificação - 2007 em diante (SINAN). Os dados coletados foram filtrados nas seguintes variáveis: “infecção de sífilis na gestação”, “escolaridade”, “faixa etária” e “idade gestacional” pelo TABNET, todas no período de 2017 a 2021. A elaboração dos gráficos e tabelas serão executadas pelo Excel. Segue em fluxograma (Figura 1), o passo-a-passo da coleta de dados no DATASUS, disponibilizados no seguinte endereço eletrônico: Indicadores Sífilis -DCCI (aids.gov.br) < (acesso: fevereiro de 2022).

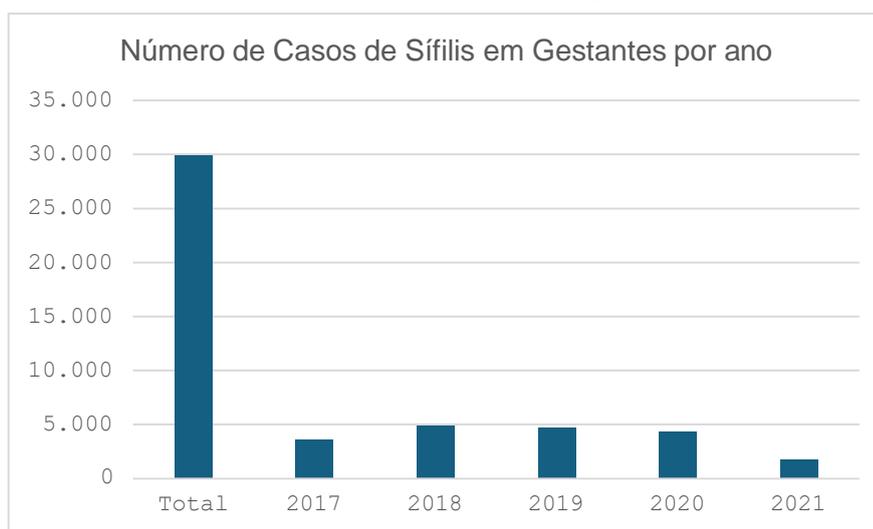
Figura I. Fluxograma da coleta de dados do Departamento de Informática do SUS



Resultados

No período de 2017 a 2021, foram notificados pelo SINAN em Minas Gerais, respectivamente: 3.668, 4.881, 4.742, 4.390 e 1.805 casos de sífilis em gestantes, resultando em um total de 29.956 casos em 5 anos (Gráfico 1).

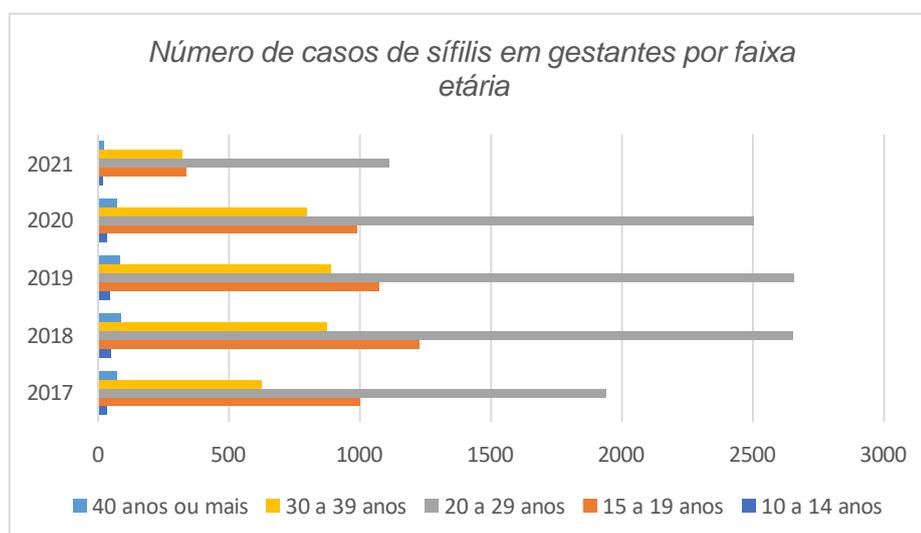
Gráfico I – Número de casos de sífilis em gestantes por ano



Fonte: DATAUS 2022

Em relação à faixa etária, notou-se um quantitativo expressivo entre a idade adulta jovem de 20 a 29 anos com 10.853 casos, correspondendo a 36,24% dos casos de 2017 a 2021. Em seguida, 4.622 casos de mulheres entre 15 e 19 anos; e 3.499 casos de mulheres entre 30 e 39 anos. (Gráfico 2)

Gráfico II – Número de casos de sífilis em gestantes por faixa etária



Fonte: DATAUS 2022

Comparando a escolaridade entre as gestantes diagnosticadas, observa-se prevalência do quantitativo em mulheres que possuem ensino médio completo, totalizando 3.795 no período de 5 anos (2017 a 2021). Seguido por 2.976 casos em mulheres com 5° a 8° série incompleta (Tabela 1).

Tabela I – Casos de gestantes com sífilis segundo escolaridade por ano de diagnóstico.

ESCOLARIDADE	2017	2018	2019	2020	2021	TOTAL
Analfabeto	12	10	8	4	1	35
1° a 4° série incompleta	105	128	88	71	49	441
4° série completa	104	100	104	117	34	459
5° a 8° série incompleta	637	870	705	530	234	2.976
Fundamental Completo	385	535	541	464	177	2.102
Médio Incompleto	530	696	635	587	227	2.675
Médio Completo	611	908	985	871	420	3.795
Superior Incompleto	32	65	57	51	17	222
Superior Completo	31	50	49	58	21	209

Fonte: DATAUS 2022

Em relação ao período gestacional que foi realizado o diagnóstico de sífilis, observa-se que o maior percentual foi no 3° trimestre de gestação. (Tabela 2)

TABELA II – Distribuição percentual de casos de gestantes com sífilis segundo idade gestacional por ano de diagnóstico

IDADE GESTACIONAL	2017	2018	2019	2020	2021	TOTAL
1° Trimestre	31,3	32,9	33,6	37,5	38,4	173,7
2° Trimestre	25,2	22,9	24,6	22,8	21,7	117,2
3° Trimestre	37,3	37,1	35,4	32	33,2	175
Idade Gestacional Ignorada	6,3	7,1	6,4	7,7	6,6	34,1

Fonte: DATAUS 2022

Discussão

A partir da análise dos dados, observa-se que o número de casos de sífilis em gestantes, no estado de Minas Gerais, aumentou progressivamente entre os anos de 2017 e 2020, sendo que em 2021 houve uma queda de 2.585 casos em relação ao ano anterior, o que pode estar relacionado com a pandemia da COVID-19, devido ao

isolamento social e ao receio de frequentar serviços de saúde. Além disso, mostrou maior prevalência em gestantes de 20 a 29 anos com 10.853 casos, correspondendo a 36,24% dos casos no período de cinco anos. Em relação ao grau de escolaridade, os resultados evidenciaram maior índice entre as mulheres com ensino médio completo, totalizando 3.795 casos.

O percentual de casos de gestantes com sífilis segundo idade gestacional, apresentou alto índice de diagnóstico no terceiro trimestre de gestação, o que é considerado tardio e pode estar relacionado à qualidade do serviço, ao grau de instrução da paciente e ao início tardio do pré-natal. Estudos mostram que apesar da melhoria na cobertura do pré-natal no Brasil, menos de 50% das gestantes realizam duas sorologias para a sífilis, o que gera atrasos no diagnóstico e inviabiliza o tratamento adequado⁸.

Em relação ao perfil das gestantes, identifica-se maior número de casos em mulheres de baixa escolaridade, principalmente as que possuem ensino médio completo, fundamental completo e incompleto. O baixo nível de escolaridade está relacionado ao menor acesso à informação e conseqüentemente, essas gestantes não têm entendimento sobre a importância das medidas preventivas e das consultas regulares do pré-natal³. Além disso, observa-se ainda maior prevalência da infecção em gestantes jovens (20 a 29 anos), dado que certifica aos encontrados na literatura.

Um padrão semelhante aos resultados do presente estudo foi encontrado em uma análise epidemiológica de sífilis em gestantes no município de Caxias - Maranhão, no qual foi identificado maior prevalência em mulheres jovens, pardas, do lar, residentes na zona urbana e que tinham menos de oito anos de estudos. Além disso, o maior índice de diagnósticos foi no 3º trimestre de gestação⁹. Do mesmo modo, uma análise retrospectiva da situação clínico-epidemiológica da sífilis gestacional em Anápolis – Goiás, constatou aumento dos casos de sífilis gestacional entre os anos de 2012 e 2018. A maioria tinha entre 19 e 29 anos, etnia parda e com ensino médio incompleto¹⁰.

Uma pesquisa realizada com dados do Sinan no município de Sobral – Ceará no período de 2012 a 2017, também apontou predominância de casos de sífilis na gestação em mulheres com ensino fundamental incompleto, pardas, entre 20 e 29 anos e que residiam na zona urbana¹¹. A partir dessas análises, observa-se que a literatura exhibe o padrão populacional mais afetado pela sífilis gestacional, o que justifica a necessidade de ações voltadas à prevenção. Apesar das conquistas e evoluções da assistência ao pré-natal, o Brasil é um país subdesenvolvido e ainda existem barreiras de acesso a esse

serviço, bem como dificuldades na abordagem das infecções sexualmente transmissíveis.

A detecção e o tratamento da sífilis gestacional são essenciais em termos de saúde pública, bem como sua prevenção e controle. É fundamental que profissionais da saúde e gestores complementem as estratégias de assistência à saúde sexual da população, como foco na prevenção dessa infecção. É necessário também que haja busca ativa da doença, acompanhamento frequente dos infectados e monitoramento de exames sorológicos. São ações que refletem diretamente na prevenção da sífilis gestacional e conseqüentemente da sífilis congênita, assim como, reduzir os riscos de morbidade e mortalidade materna e fetal.

CONCLUSÃO

Evidenciou-se no estudo que a sífilis congênita ainda é um problema de saúde pública no Brasil, tendo em vista que apesar de ter rastreamento e cura os índices são consideravelmente elevados. Os resultados obtidos sinalizaram aumento no número de casos de sífilis gestacional nos anos de 2017 a 2020 e uma queda em 2021. A maior taxa de infecção se concentra no perfil de gestantes com 20 a 29 anos e de baixa escolaridade. Além disso, observou-se que a maioria dos casos são identificados no 3º trimestre de gestação, o que configura um diagnóstico tardio. A sífilis é uma doença grave, de notificação compulsória e passível de tratamento, seu diagnóstico durante a gestação é essencial, tendo em vista as diversas complicações materno-fetais que podem ser evitadas. Por conseguinte, a presente análise confirma a importância do fortalecimento da assistência ao pré-natal, principalmente entre as pessoas de baixo nível social e econômico.

REFERÊNCIAS

1. Fernandes CE. Tratado de Obstetrícia Febrasgo. 1a ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2019.
2. Silva Giordana Maronezzi da, Pesce Giovanna Brichi, Martins Débora Cristina, Prado Cacilda Maria do, Fernandes Carlos Alexandre Molena. Sífilis na gestante e congênita: perfil epidemiológico e prevalencia. *Enferm glob.* 2020 [citado 2022 Mar 07];19(57):107-150. Disponível em: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412020000100004&lng=pt. Epub 16-Mar-2020. DOI: eglobal.19.1.358351. Acesso em: 22 fev 2022.
3. Simonelli KK, Prado TS, Zandonade E, Silva FS, Miranda EA. Análise espacial da sífilis em gestantes e sífilis congênita no estado do Espírito Santo, 2011-2018. *Epidemiol Serv Saude.* 2020;31(1). Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/ress/2020.v29n1/e2018193/>. Acesso em: 22 fev 2022.
4. Macêdo VC, Romaguera LMD, Ramalho MOA, Vanderlei LCM, Frias PG, Lira PIC. Sífilis na gestação: barreiras na assistência pré-natal para o controle da transmissão vertical. *Cad Saude Colet.* 2020;28(4):518-28. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1414-462X202028040395>. Acesso em: 23 fev 2022.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Guia orientador para a realização das capacitações para executores e multiplicadores em Teste Rápido para HIV e Sífilis e Aconselhamento em DST/Aids na Atenção Básica para gestantes/Aids. Brasília: Ministério da Saúde; 2013. Disponível em: https://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/guia_orientador_capacitacao.pdf. Acesso em: 26 fev 2022.

6. Guimarães TA, Alencar LCR, Fonseca LMB, et al. Sífilis em gestantes e sífilis congênita no Maranhão. *Arq Cienc Saude*. 2018;25(2):24-30. Disponível em: <https://www.cienciasdasaude.famerp.br/index.php/racs/article/view/1023>. Acesso em: 07 mar 2022. DOI: 10.17696/2318-3691.25.2.2018.1023.
7. Mariana FRM, Karolinne PMS, Halley FO. Prevalência dos casos de sífilis em gestantes no período de 2010 a 2019 em Sergipe. *Res Soc Dev*. 2021;10(13):e596101321617. Disponível em: <https://rsdjournal.org>. Acesso em: 23 abr 2022. DOI: 10.33448/rsd-v10i1321617.
8. Airton CL, Mariana PBS, Danielle AS, et al. Prevalência dos casos de sífilis em gestantes no Brasil: Análise de uma década. *Res Soc Dev*. 2021;10(9):e32610917932. Disponível em: <https://rsdjournal.org>. Acesso em: 23 abr 2022. DOI: 10.33448/rsd-v10i9.17932.
9. Nunes da Conceição H, Teixeira Câmara J, Mourão Pereira B. Análise epidemiológica e espacial dos casos de sífilis gestacional e congênita. *Saude Debate*. 2019;43(123). Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/V5sfBFJ843smX8y8n99Zy6r/?lang=pt>. Acesso em: 23 jun 2022. DOI: 10.1590/0103-1104201912313.
10. Santos Filho RC dos, Moreira IC, Moreira LD, Abadia LG, Machado MV, Nascimento MG, et al. Situação clínicoepidemiológica da sífilis gestacional em Anápolis-GO: uma análise retrospectiva. *Cogit Enferm*. 2021 [acesso em “colocar data de acesso, dia, mês abreviado e ano”];26. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v26i0.75035>. Acesso em: 23 jun 2022.
11. Souza Marques JV, Mendes Alves B, Souza Marques MV, Nogueira Arcanjo FP, Carvalho Parente C, Lopes Vasconcelos R. PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA SÍFILIS GESTACIONAL: CLÍNICA E EVOLUÇÃO DE 2012 A 2017. *SANARE Rev Polít Públ*. 2018;17(2). Disponível em: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/1257>. Acesso em: 23 jun 2022. DOI: 10.36925/sanare.v17i2.1257.

Perfil sociodemográfico e educacional dos gestores e trabalhadores da rede de atenção psicossocial no Município de Mossoró - RN

Sociodemographic and educational profile of managers and workers of the psychosocial care network in the Municipality of Mossoró - RN

Perfil sociodemográfico y educativo de directivos y trabajadores de la red de atención psicossocial en el Municipio de Mossoró - RN

João Mário Pessoa Júnior¹

Kísia Cristina de Oliveira e Melo²

RESUMO

Objetivo: Caracterizar o perfil sociodemográfico e educacional dos gestores e trabalhadores de saúde, que atuam nos serviços vinculados a Rede de Atenção psicossocial, do município de Mossoró, Rio grande do Norte. Metodologia: Trata-se de um estudo descritivo de abordagem qualitativa. Os locais de pesquisa foram Unidades Básicas de Saúde da Família, Centros de Atenção Psicossocial, Unidade de Pronto Atendimento, Consultório de Rua, Hospital Psiquiátrico e Hospital Geral, realizada no município de Mossoró. Os dados foram coletados através de entrevista semiestruturada e submetidos à análise de conteúdo. Resultados: Os resultados indicam um maior número de mulheres, entre enfermeiras e psicólogas, ocupando cargos na gestão em saúde. Predomínio da faixa etária de 30 a 39 anos para gestores e profissionais. Os gestores estão a um curto período de atuação, Já os profissionais atuam há mais tempo nos serviços. Os gestores e profissionais, que são psicólogos, possuem cursos de pós-graduação e atualizações na área de saúde mental, os demais participantes, encontrou-se um baixo percentual entre os que já participaram de algum tipo de aperfeiçoamento para saúde mental. Considerações finais: Diante do cenário da atenção à saúde mental, considera-se necessário que profissionais e gestores estejam preparados para conduzir os serviços e os processos de trabalho com vistas a potencializar ações de desinstitucionalização e as contribuições da reforma psiquiátrica.

¹ Enfermeiro, Doutor em Enfermagem na Atenção à Saúde, Professor Adjunto no Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Departamento de Ciências da Saúde, Curso de Graduação em Medicina, Universidade Federal Rural do Semi-Árido (UFERSA).

² Enfermeira, Mestranda do Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar em Cognição, Tecnologia e Instituições da Universidade Federal Rural do Semi-Árido, (UFERSA); Especialista em Enfermagem do Trabalho pelo Centro Integrado de Ensino, Pesquisa e Extensão - Cenpex

Palavras-Chave: Saúde mental; Serviços de saúde mental; Avaliação em saúde; Interdisciplinaridade.

ABSTRACT

Objective: To characterize the sociodemographic and educational profile of health managers and workers, who work in the services linked to the Psychosocial Care Network, in the municipality of Mossoró, Rio grande do Norte. **Methods:** This is a descriptive study with a qualitative approach. The research sites were Basic Family Health Units, Psychosocial Care Centers, Emergency Care Unit, Street Office, Psychiatric Hospital and General Hospital, held in the municipality of Mossoró. Data were collected through semi-structured interviews and submitted to content analysis. **Results:** The results indicate a greater number of women, including nurses and psychologists, occupying positions in health management. Predominance of the age group from 30 to 39 years for managers and professionals. Managers are a short period of work, Already professionals work longer in services. The managers and professionals, who are psychologists, have postgraduate courses and updates in the area of mental health, the other participants, found a low percentage among those who have already participated in some type of improvement for mental health. **Final considerations:** Given the mental health care scenario, it is considered necessary that professionals and managers be prepared to conduct services and work processes with a view to potentiating deinstitutionalization actions and the contributions of psychiatric reform.

Keywords: Mental health; Mental health services; Health assessment; Interdisciplinarity.

RESUMEN

Objetivo: Caracterizar el perfil sociodemográfico y educativo de los gestores y trabajadores de la salud, que trabajan en los servicios vinculados a la Red de Atención Psicosocial, en el municipio de Mossoró, Rio grande do Norte. **Métodos:** Estudio descriptivo con enfoque cualitativo. Los sitios de investigación fueron Unidades Básicas de Salud familiar, Centros de Atención Psicosocial, Unidad de Atención de Emergencia, Oficina de Calle, Hospital Psiquiátrico y Hospital General, realizados en el municipio de Mossoró. Los datos fueron recolectados a través de entrevistas semiestructuradas y sometidos a análisis de contenido. **Resultados:** Los resultados indican un mayor número de mujeres, entre enfermeras y psicólogas, que ocupan puestos en la gestión de la salud. Predominio del grupo de edad de 30 a 39 años para directivos y profesionales. Los gerentes son un período corto de trabajo, ya los profesionales trabajan más tiempo en los servicios. Los directivos y profesionales, que son psicólogos, cuentan con cursos de postgrado y actualizaciones en el área de salud mental, los demás participantes, encontraron un bajo porcentaje entre los que ya han participado en algún tipo de mejora para la salud mental. **Consideraciones finales:** Ante el escenario de la atención de salud mental, se considera necesario que los profesionales y directivos estén preparados para realizar servicios y procesos de trabajo con miras a potenciar las acciones de desinstitucionalización y los aportes de la reforma psiquiátrica.

Palabras clave: Salud mental; Servicios de salud mental; Evaluación de la salud; Interdisciplinariedad.

Introdução

No Brasil, a partir do Sistema Único de Saúde (SUS), identificaram-se avanços na organização e o funcionamento dos serviços de saúde, mediante a adoção de princípios e diretrizes como a universalidade do acesso, a integralidade da atenção e a participação social, que englobam um conjunto de ações voltadas a promoção da saúde e prevenção de agravos nos diversos níveis de assistência a uma população com diferentes necessidades¹.

No campo da Atenção Psicossocial, o processo de Reforma Psiquiátrica Brasileiro em curso alcançou importantes conquistas obtidas nos últimos anos, como a Lei nº 10.216-2001 e os dispositivos legais que envolvem a Política Nacional de Saúde Mental reforçam o processo de desinstitucionalização e a necessidade da garantia dos direitos as pessoas com transtornos mentais e seus familiares². Nesta direção, a Portaria nº 3.088-2011 que institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) apontou para ampliação dos serviços e dispositivos de saúde mental entre os municípios voltados ao acompanhamento de pessoas com transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas³.

Entre os serviços e dispositivos da RAPS, destacam-se: Atenção Básica, Atenção Psicossocial Estratégica, Atenção Hospitalar, Atenção à Urgência e Emergência, Atenção Residencial Transitória, Estratégias de Desinstitucionalização e Reabilitação Psicossocial⁴. Além destes, como componente extra-hospitalar, destaca-se ainda os leitos e enfermarias psiquiátricas em hospitais gerais, com papel de articulação entre os serviços de saúde e organização do fluxo das internações em casos de crise⁵.

Na prática, a rede se organiza através das Unidades Básicas de Saúde (UBS), os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), as Equipes de Consultórios na Rua e os Centros de Convivência e Cultura. A Atenção psicossocial conta com os Centros de Atenção psicossocial (CAPS) e suas modalidades, CAPS I, Caps II, Caps III, Caps AD II, Caps AD III e Caps Infanto-juvenil. O ponto de atenção à Urgência e Emergência se dá através do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência 192 (SAMU), a Unidade de Pronto Atendimento (UPA) 24 horas, portas hospitalares de atenção à urgência/pronto-socorro e UBS. Sendo ainda disponível na atenção hospitalar os leitos/enfermarias de saúde mental em hospital geral e hospital de referência⁶.

Outro dispositivo da rede é a atenção residencial de caráter transitório ofertada através das unidades de acolhimento e das comunidades terapêuticas; também foram pensadas estratégias de desinstitucionalização, como os Serviços Residenciais Terapêuticos e o Programa de Volta para Casa. Estes fornecem apoio às pessoas que estiveram internadas por longo tempo em asilos ou hospitais psiquiátricos, além disso, as iniciativas de geração de trabalho e renda contribuem no processo de reabilitação psicossocial⁶.

Aponta-se, no âmbito da saúde mental, a proposta da Educação Continuada em Saúde, como um meio de reorganizar os processos de formação, cuidado, gerenciamento e construção de políticas sociais e de saúde, através de ações intersetoriais, tendo como base os princípios do SUS⁷. Além disso, a Educação Continuada em Saúde Mental, tem um papel modificar as ações nos serviços e fortalecer os ideais da Reforma Psiquiátrica Brasileira⁸.

Entende-se a necessidade de se ampliar o debate em torno dos serviços na RAPS, buscando-se pistas sobre a condução das políticas públicas no campo da atenção psicossocial nacional, partindo-se da realidade de municípios de médio e grande porte. Assim, o presente trabalho aponta para o debate e reflexão crítica em torno RAPS, partindo-se dos cenários, experiências e perspectiva por gestores e equipes de profissionais de saúde nos diversos níveis de atenção.

Metodologia

Trata-se de um estudo descritivo de abordagem qualitativa. A pesquisa descritiva objetiva conhecer as principais características de uma população ou de um acontecimento e, para tal recorre a estratégias diversas como o questionário, depoimentos e entrevistas, possíveis esclarecimentos que vão além da objetividade coletada⁹. Na abordagem qualitativa, tem-se o interesse de abranger as relações, a história, as relações e os aspectos político e social dos indivíduos, instituições e coletivos¹⁰.

Os dados foram coletados no período de Janeiro a Março de 2022, nos pontos de atenção que compõem a rede de saúde mental do município de Mossoró-RN, sendo eles: 04 Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF); 01 CAPS do tipo II, 01 CAPS ADIII, 01 CAPSi; 01 serviço de Consultório na Rua (CR); 01 Hospital Regional Geral; 01 Unidade de Pronto Atendimento (UPA); 01 Hospital Psiquiátrico.

A população do estudo foi composta por 23 entrevistados, sendo 08 gerentes e-ou coordenadores do serviços e 15 profissionais de saúde que atuam nos serviços vinculados à

RAPS local sendo, em cada serviço, pelo menos um gestor, um ou até dois profissionais de saúde, ou residentes, da equipe adscrita. Foi realizado contato prévio via *whatsapp* e visita nos serviços de saúde vinculados à RAPS local e as entrevistas foram agendadas de acordo com a disponibilidade dos gestores e dos profissionais de saúde, com data e horário pré-definido.

Adotou-se os critérios de amostragem aleatória intencional e o de saturação teórica para pesquisa qualitativa. Na amostragem intencional, também conhecida como amostragem por julgamento, o pesquisador seleciona a população da amostra com base no julgamento dos sujeitos que são mais representativos para a pesquisa¹¹. A amostragem por saturação é usada quando o pesquisador considera que os dados obtidos, a partir das falas já coletadas, são suficientes para a reflexão teórica, e que o acréscimo de novos sujeitos não mais contribuiria significativamente para a discussão¹².

Os critérios de inclusão para os gestores: ter nível superior e atuação mínima de seis meses no setor; e, de exclusão: estar de férias ou afastado do serviço. E critérios de inclusão para os profissionais de saúde: ter nível superior e experiência mínima de seis meses no serviço; ter atuado durante o período da pandemia; e, de exclusão: estar de férias ou afastados do serviço.

Para a entrevista semiestruturada, contendo a caracterização do perfil sociodemográfico e educacional dos participantes do estudo, utilizou-se as variáveis englobando os aspectos socioeconômicos e educacionais dos profissionais (idade, sexo, formação profissional, tempo de atuação). A pesquisa foi operacionalizada em quatro momentos específicos: inserção no *locus* da coleta; contato inicial com os possíveis participantes; escolha dos grupo de participantes e coleta das entrevistas.

O instrumento de pesquisa foi aplicado pelo orientando de acordo com a disponibilidade de cada participante da pesquisa, com o uso de um aparelho gravador, mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Esta pesquisa foi submetido à avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa – CEP da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte – UERN, e as atividades de coleta de dados foram iniciadas apenas após a divulgação do parecer favorável deste Comitê, CAEE nº 53111721.8.00005294 e protocolo nº 5.129.974.

Resultados

Entre os colaboradores gestores, a maioria era do sexo feminino (75%), enfermeiras e psicólogas (50%), na faixa etária entre 30 a 39 anos (50%), tempo de experiência na gestão de 2 anos (62,5%); dessas, referem ter cursado especialização em saúde mental (25%) e realizado atualização/treinamento também nessa área (50%).

Tabela 1 - Perfil sociodemográfico e educacional dos gestores, apresentadas em valores absolutos (n) e respectivas porcentagens (%), que atuam na Rede de Atenção à Saúde Mental de Mossoró (RN), 2022.

(continua)		
Variáveis	Categorias	N(%)
Sexo	Feminino	06 (75,0)
	Masculino	02(25,0)
Total		08 (100)
Faixa etária (anos)	20 a 29	02 (25,0)
	30 a 39	04 (50,0)
	40 a 49	02 (25,0)
Total		08 (100)
Profissão	Enfermeiro	04 (50,0)
	Psicólogo	04 (50,0)
Total		08 (100)
Tempo de experiência profissional	06 meses a 1 ano	01 (12,5)
	1 a 2 anos	05 (62,5)
	2 a 3 anos	02 (25,0)
Total		08 (100)
(conclusão)		
Variáveis	Categorias	N(%)
Pós-graduação e atualização	Especialização em Saúde Mental	03 (25,0)
	Especialização em outras áreas	02 (16,7)
	Atualizações/treinamentos e outros	06 (50,0)
	Mestrado/Doutorado	01 (8,3)
Total		12 (100)

Fonte: Banco de dados da pesquisa (2022).

Entre os profissionais das equipes de saúde, percebeu-se um predomínio de profissionais do sexo feminino (60%), psicólogos (46,7%), com idade entre 30 e 39 anos (40%), tempo de experiência profissional acima de 3 anos (53,3%); desses, grande parte refere ter realizado atualização/treinamento na área de saúde mental (40,62%) e ter curso de especialização na área (28,1%) (Tabela 2).

Tabela 2 - Perfil sociodemográfico e educacional dos profissionais de saúde, apresentadas em valores absolutos (n) e respectivas porcentagens (%), que atuam na Rede de Atenção à Saúde mental de Mossoró (RN), 2022.

(continua)		
Variáveis	Categorias	N*(%)
Sexo	Feminino	09 (60,0)
	Masculino	06 (40,0)
Total		15 (100)
Faixa etária (anos)	20 a 29	02 (13,3)
	30 a 39	06 (40,0)
	40 a 49	05 (33,3)
	50 a 59	02 (13,3)
Total		15 (100)
Profissão	Enfermeiro	03 (20,0)
	Psicólogo	07 (46,7)
	Dentista	01 (6,7)
	Assistente Social	02 (13,3)
	Médico	02 (13,3)
Total		15 (100)
Tempo de experiência profissional	06 meses a 1 ano	00 (0,0)
(conclusão)		
Variáveis	Categorias	N(%)
	1 a 2 anos	06 (40,0)
	2 a 3 anos	01 (6,7)
	Acima de 3 anos	08 (53,3)
Total		15 (100)
Pós-graduação e atualização	Especialização em Saúde Mental	09 (28,1)
	Especialização em outras áreas	05 (15,6)
	Atualizações/treinamentos e outros	13 (40,62)
	Residência	04 (12,5)
	Mestrado/Doutorado	01 (3,1)
Total		32 (100)

Fonte: Banco de dados da pesquisa (2022).

Discussão

Observou-se um maior número de mulheres ocupando cargos na gestão em saúde, como também visto em outras pesquisas, que destacam a habilidade feminina de liderança e mobilização para lidar com a prática da gestão^{13,14,15}. Percebeu-se ainda uma tendência do sexo feminino atuando como profissionais nos serviços de saúde em geral e especializados, fato também visto em outros estudos^{16,17} especialmente quando se trata da Enfermagem, cujo campo ainda é ocupado em sua maioria por mulheres^{18,19,20,8}.

Com relação a formação profissional dos gestores, teve-se destaque a enfermagem e psicologia, por serem, historicamente, categorias que estão a frente na função de gestão entre os serviços de saúde^{13,14}. Observou-se entre os colaboradores profissionais, os psicólogos atuando em sua maioria nos serviços citados, dado que corrobora com outro estudo desenvolvido na área²¹.

Verificou-se em relação a idade dos gestores, que há um predomínio da faixa etária de adulto jovem, com pouco tempo de experiência, semelhante ao que foi encontrado em outras pesquisas^{14,15}. Quanto aos profissionais, há um predomínio do adulto jovem, logo percebe-se a relação com a idade produtiva, vista também em outros estudos com profissionais que atuam nas UBS e em CAPS^{16,21,19}.

Em relação ao tempo de experiência na gestão, percebeu-se que os colaboradores que atuam na gestão estão a um curto período, entre um e dois anos, fato relacionado ao período de contratação para exercer cargos públicos no município. O que pode influenciar negativamente nas relações de trabalho e dificultar no vínculo com a comunidade¹⁶. Já os profissionais entrevistados, atuam no serviços há mais de 03 anos, em sua maioria, logo desenvolvem maior contato com os pacientes, identificam melhor as necessidades e conduzem de forma continua as ações^{16,21,20,8}.

O processo de qualificação dos gestores na área de saúde mental pode contribuir para importantes mudanças nas práticas da gestão, seja²² promovendo o diálogo com a equipe na gerência dos serviços de saúde²³. No que se refere aos cursos e atualizações em saúde mental, observou-se que os profissionais que possuem formação na área de psicologia, agregam, em maior percentual, aperfeiçoamento e capacitação que envolvem a temática, como visto em outro estudo²¹. Já os profissionais enfermeiros, tal achado, sugere que o pouco conhecimento na área de saúde mental pode desencadear consequências negativas na atuação desses atores, profissionais e gestores⁸ e levar a divergências na condução das políticas de públicas de saúde¹⁴.

Considerações finais

Esse estudo destaca a importância do conhecimento sobre o perfil sociodemográfico e educacional dos gestores e profissionais que atuam nos serviços de saúde mental, por identificar a necessidade de ações de formação em saúde mental e favorecer a construção de educação nessa área. Avalia-se que tal demanda requer atenção das secretarias estaduais e municipais de saúde para que busque-se estratégias de desenvolvimento do conhecimento em saúde mental.

Diante do cenário da atenção à saúde mental, considera-se necessário que profissionais e gestores estejam preparados para conduzir os serviços e os processos de trabalho com vistas a potencializar ações de desinstitucionalização e as contribuições da reforma psiquiátrica. Acredita-se que se apropriar desses saberes pode influenciar na reconstrução de práticas de cuidado voltadas à pessoa em sofrimento mental, com novas percepções acerca da saúde mental.

Nesta perspectiva, sugere-se que os estados e municípios promovam cursos de especialização e capacitação na área da saúde mental, a fim de construir habilidades e competências de gestão em saúde e de transformação da prática profissional. Com isso, espera-se que os serviços da rede de atenção psicossocial estejam mais preparados e organizados para lidar com as necessidades dos sujeitos que sofrem.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde. Legislação do SUS. Legislação do SUS. Diário Oficial da União. Brasília, DF, 2003. Disponível: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/progestores/leg_sus.pdf Acesso em: 10 de julho de 2020.
2. Ministério da Saúde. Lei n. 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Diário Oficial da União. Brasília, DF, 6 abr. 2001. Disponível: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm Acesso em: 21 de julho de 2020.
3. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras. Diário Oficial da União. Brasília, DF, 23 dez. 2011. Disponível: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html Acesso em: 21 de julho de 2020.
4. Silva AP; Morais, HMM; Albuquerque, MSV; GUIMARÃES, MBL; LYRA, TM. Os desafios da organização em rede na atenção psicossocial especializada: o caso do Recife. Saúde em Debate [Internet]. 2021. [citado em 11 de agosto de 2021]; 45(128):66-80, 2021. Disponível: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/g9QdX8XZgXCVt4XphH4HvBx/?lang=pt&format=pdf>.
5. Paes MR, Silva TL, Chaves MMN, Maftum MA. O papel do hospital geral na rede de atenção à saúde mental no Brasil. Cienc Cuid Saude. [Internet] 2013 [citado em 24 fev 2016];12(2) Disponível: <http://dx.doi.org/10.4025/cienccuidsaude.v12i2.14207>.
6. Lima, DKRR; Guimarães, J. A Rede de Atenção Psicossocial sob o olhar da complexidade: quem cuida da saúde mental?. Saúde e Debate. [Internet] 2019. [citado em 20 de abril de 2022]; 43(122): 883-896. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/QK3J4xBsBVYGNT3ZBJcqhFH/?format=pdf&lang=pt>.
7. Ceccim RB. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. Interface Comunic, Saúde, Educ. [Internet] 2005. [citado em 15 de jun de 2022]; 9(16):161-77. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/QK3J4xBsBVYGNT3ZBJcqhFH/?format=pdf&lang=pt>.
8. Rios AS, Carvalho LC. Educação permanente em saúde mental: percepção da equipe de enfermagem. Rev enferm UFPE [Internet]. 2021 [citado em 10 de junho de 2022];15. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/245715>.
9. Gil, AC. Como elaborar projetos de pesquisa. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2017.

10. Minayo, MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 14. ed, São Paulo: Hucitec, 2014.
11. Oliveira, KD; Almeida, KL. Barbosa, TL. Amostragens probabilísticas e não probabilísticas: técnicas e aplicações na determinação de amostras. [Monografia] [Internet]. Programa de pós-graduação em ciências florestais, Universidade Federal do Espírito Santo, Jerônimo Monteiro, 2012. [citado em 28 nov 2014]. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7140/tde-19082010-105446/en.php>.
12. Fontanella, BJB *et al.* Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. Cadernos de Saúde Pública, [Internet]. 2008. [citado em 10 de junho de 2022]; 24(1):17-27. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/Zbfsr8DcW5YNWVkyMVBByhrN/>. Acesso em: 10 de junho de 2022.
13. Ohira RHF, Junior LC, Nunes EFPA. Perfil dos gerentes de Atenção Primária à Saúde de municípios de pequeno porte do norte do Paraná, Brasil. Ciência & Saúde Coletiva [Internet]. 2014 [citado em 15 de abril de 2022]; 19(2): 393-400. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/XngkkkDd3cktmNjCrnzrZwq/abstract/?lang=pt>.
14. Henrique F, Artmann E, Lima JC. Análise do perfil de gestores de Unidades Básicas de Saúde de Criciúma. Saúde Debate [Internet]. 2019 [citado em 08 de maio de 2022.]; 43(6):36-47. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/WWkwJQmw3KXVWHZGYTZ6Pj/abstract/?lang=pt>.
15. Ouverney ALM, Carvalho ALB, Machado NMS, Moreira MR, Ribeiro JM. Gestores municipais do Sistema Único de Saúde: perfil e perspectivas para o Ciclo de Gestão 2017-2020. SAÚDE DEBATE [Internet]. 2019 [citado em 15 de abril de 2022.]; 43(7): 75-91. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/YfktSTz7dpNNQWcqptDmhCM/?lang=pt>.
16. Zanetti TG, Van der Sand ICP, Girardon-Perlini NMO, Kopf AW, Abreu PB. Perfil socioprofissional e formação de profissionais da ESF. Cienc Cuid Saude. [Internet]. 2010 Jul/Set; [citado em 15 de junho de 2022]; 9(3):448-455. Disponível em: [file:///C:/Users/KM/Downloads/7664-Texto%20do%20artigo-47699-1-10-20110222%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/KM/Downloads/7664-Texto%20do%20artigo-47699-1-10-20110222%20(2).pdf).
17. Santos RCA, Pessoa Junior JM, Miranda FAN. Rede de atenção psicossocial: adequação dos papéis e funções desempenhados pelos profissionais. Rev Gaúcha Enferm. [Internet]. 2018 [citado em 10 de junho de 2022]; 39:e57448. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/hDWkVDdhN5ttTQ3y9qJnQgJ/?format=pdf&lang=pt>.
18. Dias CB; SILVA, Aranha AL. O perfil e a ação profissional da(o) enfermeira(o) no Centro de Atenção Psicossocial. Esc Enferm USP . [Internet]. 2010 [citado em 15 de junho de 2022]; 44(2):469-75. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/3KVzhNZnP9KvCk9gx5y3dFb/abstract/?lang=pt>.
19. Borges CAS, Vasconcelos CR, Oselame GB, Dutra DA. O novo perfil profissional do enfermeiro frente ao centro de atenção psicossocial. Rev Med Saude Brasilia [Internet]. 2016 [citado em 10 de março de 2022]; 5(2): 217-233. Disponível em: fi-

le:///C:/Users/KM/Downloads/7162-Texto%20do%20artigo-33124-1-10-20161010%20(1).pdf.

20. Silva JVS, Brandão TM. Perfil profissional das enfermeiras dos Centros de Atenção Psicossocial de uma capital do Nordeste, Brasil. R. Enferm. UFJF. [Internet]. 2019 [citado em 10 de junho de 2022]; 5(1): 1-12. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/enfermagem/article/view/16942>.

21. Almeida, AS; FUREGATO, ARF. Papéis e perfil dos profissionais que atuam nos serviços de saúde mental. Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde, [Internet]. 2015. [citado em 06 de junho de 2022]; 4(1):79-88. Disponível em: <https://seer.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/enfer/article/view/1265>.

22. Cordeiro PR, Mendes R, Liberman F. Educação Permanente em Saúde: experiências inovadoras em saúde mental na Atenção Básica à Saúde. Saúde Debate [Internet]. 2020. [citado em 20 de agosto de 2022]; 44(3): 210-222. Disponível em: <https://seer.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/enfer/article/view/1265>.

23. André AM. Gestão de Unidades Básicas de Saúde e de pessoas: Tendências para a próxima década [tese] [internet]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2010. 183p. [citado em 28 nov 2014]. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7140/tde-19082010-105446/en.php>.

Tratamento cirúrgico da obesidade pelo SUS: a realidade do Rio Grande do Norte

Surgical treatment of obesity by SUS: the reality of Rio Grande do Norte

Tratamiento quirúrgico de la obesidad por el SUS: la realidad de Rio Grande do Norte

Ana Caroline Moreira Braga¹

José Antonio da Silva Júnior²

Álvaro Micael Duarte Fonseca³

Allyssandra Maria Lima Rodrigues Maia⁴

Ellany Gurgel Cosme do Nascimento⁵

RESUMO

Introdução: As terapêuticas relacionadas ao tratamento da obesidade incluem Mudança de Estilo de Vida, medicamentos e técnicas cirúrgicas, tendo essas duas últimas, a longo prazo, caráter mais efetivo em relação a perda de peso e sua manutenção. **Objetivo:** Caracterizar os dados acerca das cirurgias bariátricas no Rio Grande do Norte pelo Sistema Único de Saúde. **Métodos:** Trata-se de um estudo epidemiológico, quantitativo e transversal, com coleta de dados contidos no DATASUS dos anos de 2010 a 2020. A análise dos dados foi feita por meio da estatística descritiva. **Resultados:** Houve um total de 882 cirurgias bariátricas. Os procedimentos mais realizados são as técnicas de Bypass, cirurgia por videolaparoscopia e Sleeve. As cidades que mais encaminham pacientes são Natal, Parnamirim, São Gonçalo do Amarante e Mossoró. Os custos totalizaram R\$: 5.232.925,99 ao estado, a média de permanência hospitalar é de 4,1 dias e baixa letalidade. **Conclusão:** Em virtude de a maioria populacional depender do Sistema Único de Saúde para manutenção à saúde, devem ser aprimoradas políticas públicas para prevenção, aumento da oferta de cirurgias bariátricas e melhor cobertura do estado do Rio Grande do Norte.

Palavras-chave: Obesidade. Cirurgia Bariátrica. Pesquisa sobre Serviços de Saúde. Investimentos em Saúde

¹ Médica. Graduada em Medicina pela Universidade do Estado do Rio Grande do Norte.

² Enfermeiro. Mestrando do Programa de Pós-Graduação em Saúde e Sociedade da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte.

³ Psicólogo. Mestrando do Programa de Pós-Graduação em Saúde e Sociedade da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte.

⁴ Bióloga. Doutora em Ciência Animal pela Universidade Federal Rural do Semi-Arido. Docente da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte.

⁵ Enfermeira. Doutora em Ciências da Saúde pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Docente da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte.

ABSTRACT

Introduction: Therapies related to the treatment of obesity include Lifestyle Changes, medications and surgical techniques, the latter two of which, in the long term, are more effective in terms of weight loss and maintenance. bariatric procedures in Rio Grande do Norte by the Unified Health System. **Objective:** To characterize the data about bariatric surgeries in Rio Grande do Norte by the Unified Health System. **Methods:** This is an epidemiological, quantitative and cross-sectional study, with data collection contained in DATASUS from 2010 to 2020. Data analysis was performed using descriptive statistics. **Results:** There were a total of 882 bariatric surgeries. The most performed procedures are the Bypass techniques, videolaparoscopy surgery and Sleeve. The cities that most refer patients are Natal, Parnamirim, São Gonçalo do Amarante and Mossoró. The costs totaled R\$: 5,232,925.99 to the state, the average hospital stay is 4.1 days and low lethality. **Conclusion:** Due to the fact that the majority of the population depends on the Unified Health System for health maintenance, public policies for prevention, increase in the offer of bariatric surgeries and better coverage in the state of Rio Grande do Norte should be improved.

Keywords: Obesity. Bariatric surgery. Health Services Research. Investments

RESUMEN

Introducción: Las terapéuticas relacionadas con el tratamiento de la obesidad incluyen Cambio de Estilo de Vida, medicamentos y técnicas quirúrgicas, siendo estas dos últimas, a largo plazo, más efectivas en términos de pérdida y mantenimiento de peso. **Objetivo:** Caracterizar los datos sobre cirugías bariátricas en Rio Grande do Norte por el Sistema Único de Salud. **Métodos:** Se trata de un estudio epidemiológico, cuantitativo y transversal, con recolección de datos contenidos en DATASUS de los años 2010 a 2020. El análisis de datos se realizó mediante estadística descriptiva. **Resultados:** Hubo un total de 882 cirugías bariátricas. Los procedimientos más realizados son las técnicas de Bypass, videolaparoscopia y cirugía de Manga. Las ciudades que más derivan pacientes son Natal, Parnamirim, São Gonçalo do Amarante y Mossoró. Los costos totalizaron R\$: 5.232.925,99 para el estado, la estancia hospitalaria media es de 4,1 días y baja letalidad. **Conclusión:** Debido a que la mayoría de la población depende del Sistema Único de Salud para el mantenimiento de la salud, se deben mejorar las políticas públicas de prevención, aumento de la oferta de cirugías bariátricas y mejor cobertura en el estado de Rio Grande do Norte.

Palabras-clave: Obesidad. Cirugía bariátrica. Investigación de Servicios de Salud. Inversiones en Salud

Introdução

De acordo com a OMS, em 2014, cerca de 1,9 bilhão de adultos maiores de 18 anos estavam com sobrepeso e mais de 600 milhões eram obesos.¹ A Pesquisa Nacional em Saúde (PNS) identificou que a prevalência de obesidade no Brasil foi de 16,8% em homens e 24,4% em mulheres em 2013, aumentando para 21,8% e 28,5%, respectivamente, na mesma pesquisa no ano de 2019. A faixa etária de 45 a 59 anos foi a com maior prevalência de obesidade em ambos os anos (26,6% e 36,1%, respectivamente). Além disso, a baixa escolaridade também teve uma maior prevalência dos casos de obesidade em comparação aos demais níveis de instrução.²

De acordo com pesquisa VIGITEL realizada em 2021 no Brasil, nas 27 cidades brasileiras, a frequência de excesso de peso foi de 57,2%, levemente maior entre a população masculina, com 59,9% em comparação a feminina, de 55,0%. A frequência de obesos nas 27 cidades foi de 22,4%, sendo 22,6% na população feminina e 22,0% na população masculina. Natal está entre as capitais com maior frequência de obesidade, com 23,01% de homens e 23,06% de mulheres com obesidade.³

As terapêuticas relacionadas ao tratamento da obesidade incluem Mudança de Estilo de Vida (MEV), atividades físicas aeróbicas e de resistência, suporte psicológico, medicamentos e técnicas cirúrgicas e, através de estudos comparativos, percebeu-se que as intervenções medicamentosas e cirúrgicas apresentam a longo prazo caráter mais efetivo em relação a perda de peso e sua manutenção.⁴

No ano de 2016, o Conselho Federal de Medicina publicou no Diário Oficial da União normatizações da Diretriz Brasileira para a realização de cirurgia bariátrica e metabólica, que reforça indicações restritas a pacientes com falha nos demais meios de tratamento. Por ser um procedimento cirúrgico de grande porte e que apresenta riscos de complicações, a seleção deve ser minuciosa e embasada em critérios, cogitada em pacientes que já tiveram diversas tentativas clínicas.⁵

A cirurgia bariátrica permite perda ponderal sustentável associada a melhora metabólica, todavia sendo necessário acompanhamento pós-operatório multidisciplinar, aderência à atividade física regular e à alimentação saudável como meio de assegurar um desfecho favorável a longo prazo em relação ao tratamento da obesidade.⁶

A cirurgia bariátrica também é intitulada de cirurgia metabólica, em relação a sua eficácia em tratar diabetes mellitus e até mesmo promover reversão ou cura da síndrome

metabólica.⁷ A cirurgia bariátrica traz melhores desfechos para perda de peso, controle de comorbidades e até mesmo melhora na autoestima dos pacientes submetidos.⁸ Recente estudo realizado conclui que as técnicas disabsortivas apresentam melhores resultados na resolução das comorbidades e perda sustentável de peso, enquanto as técnicas exclusivamente restritivas fornecem um menor risco de complicações e mortalidade, além de execução mais simples.⁹

Diante disso, é notável que no âmbito nacional e das capitais do Brasil a obesidade tem sido uma questão em constante crescimento, sendo assim, um tema de importante relevância para a identificação das suas principais características para o desenvolvimento de planos de ação que visem atender às necessidades da sociedade. A já conhecida realidade das capitais das Unidades Federativas podem refletir a situação encontrada também nos interiores, e assim, a integralidade dos dados dos seus respectivos Estados.

Para isso, visando conhecer melhor o perfil epidemiológico do paciente que realiza cirurgias bariátricas no RN, para que, a partir disso, possam ser edificadas novas estratégias em políticas públicas, a fim de maior acessibilidade a este tratamento da obesidade, o objetivo deste estudo foi o de caracterizar os dados acerca das cirurgias bariátricas no Rio Grande do Norte pelo Sistema Único de Saúde, no estado do Rio Grande do Norte.

Métodos

Trata-se de um estudo quantitativo e transversal com abordagem observacional, descritivo e retrospectivo, que se realizou através da coleta e análise de dados retirados do site do Departamento de Informática do SUS (DATASUS). A população da pesquisa compreendeu todos os pacientes que realizaram cirurgia bariátrica pelo SUS no Rio Grande do Norte, no período de 2010 a 2020.

Foram incluídos os dados referentes às cirurgias bariátricas em hospitais do SUS no Rio Grande do Norte no período de 2010 a 2020, que estivessem informações disponíveis no DATASUS. Foram excluídos os dados de cirurgias bariátricas realizadas através de convênios ou sistema particular no Rio Grande do Norte no período de 2010 a 2020.

As cirurgias bariátricas podem ser divididas como cirurgias restritivas e mistas (restritivas e disabsortivas): as cirurgias restritivas modificam somente o estômago, culminando em uma restrição de espaço e conseqüentemente, maior sensação de saciedade, enquanto as cirurgias mistas englobam a sensação de saciedade através do fator restritivo e uma diminuição no intestino delgado, resultando em fator disabsortivo no local.⁵

A coleta de dados foi realizada no site DATASUS, disponíveis do Sistema de Informação Hospitalar. As variáveis utilizadas envolvem os tipos de cirurgia realizados pelo SUS no Rio Grande do Norte no período entre os anos de 2010 e 2020, os municípios que realizaram os procedimentos, o custo geral, o valor médio de internação, os dias de permanência hospitalar e a existência ou não de óbitos e taxa de mortalidade.

Para a análise dos dados, utilizou-se o programa Microsoft Excel, para a confecção das tabelas com os dados. Em relação aos aspectos éticos, a coleta de dados, por ser realizada através de dados secundários de livre acesso, não necessitou de submissão a um Comitê de Ética em Pesquisa. Os arquivos são de domínio público, resguardando a confidencialidade e identidade de todos os usuários do SUS.

Resultados

O ano de 2010 teve o menor número de cirurgias realizadas, enquanto o ano de maior realização foi 2015, seguido de 2016. A partir de 2017, entretanto, em comparação com os anos de 2015 e 2016, houve uma queda no número de realizações de cirurgias bariátricas. Durante os cinco primeiros anos incluídos na pesquisa, foram realizadas 327 cirurgias, enquanto entre o período de 2015 a 2020, foram realizadas 555 cirurgias, o que configura 62,92% do total de procedimentos (Tabela 1).

O procedimento mais realizado foi a Gastroplastia com derivação intestinal (Bypass gástrico) (54,87%), seguida de Cirurgia bariátrica por videolaparoscopia (22,78%) e Gastrectomia vertical em manga (Sleeve) (18,59%). Importante ressaltar que a bariátrica por videolaparoscopia foi implementada no Rio Grande do Norte pelo SUS a partir de 2018 e apenas com dados dos três últimos anos já apresentou números expressivos (Tabela 1).

A Gastrectomia com ou sem desvio duodenal e a Gastroplastia vertical com banda declinaram ao longo dos anos, totalizando apenas 33 cirurgias (3,74%). Desde 2014 a Gastrectomia com ou sem desvio duodenal não é realizada no SUS e, a partir de 2017, a Gastroplastia vertical com banda também não foi mais realizada, que apresentou dado numérico igual a zero não resultante de arredondamento (Tabela 1).

De acordo com o Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), no período de janeiro de 2010 a dezembro de 2020, no Rio Grande do Norte, foram aprovadas 882 Autorizações de Internação Hospitalar (AIH) (Tabela 1).

Tabela 1 – Internações por procedimento e ano de processamento no Rio Grande do Norte. Mossoró, Rio Grande do Norte, Brasil, 2022.

Variáveis	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Total
GDI (Bypass)	43	39	60	77	62	112	45	36	03	06	01	484
CBV	-	-	-	-	-	-	-	-	75	80	46	201
GVM (Sleeve)	-	-	-	01	17	21	77	36	07	05	-	164
GVB	-	-	09	11	-	03	02	-	-	-	-	25
GDC	-	-	02	06	-	-	-	-	-	-	-	08
Total	43	39	71	95	79	136	124	72	85	91	47	882

GDI: Gastroplastia com derivação intestinal CBV: Cirurgia bariátrica por videolaparoscopia GVM: Gastrectomia vertical em manga GVB: Gastroplastia vertical com banda GDD: Gastrectomia com ou sem desvio duodenal

Fonte: Ministério da Saúde – Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS). Elaborada pelo próprio autor, 2022.

Em relação as AIH aprovadas de acordo com local de residência no Rio Grande do Norte, a capital do estado é cidade de onde provém maior número de pacientes que realizaram as cirurgias bariátricas fornecidas pelo SUS, com 426 internações durante o período analisado, o que mostra 48,29% de todos os pacientes que realizaram os procedimentos cirúrgicos residiam em Natal/RN. O município de Parnamirim, por sua vez, representou com 144 pacientes (16,32%). São Gonçalo do Amarante representou o local de residência de 27 pacientes operados através do SUS e a cidade de Mossoró contribuiu com 25 pacientes.

Todos os outros municípios do Rio Grande do Norte encaminharam, juntos, 260 pacientes para bariátrica pelo SUS (29,47%) (Tabela 2). A tabela 2 representa o quantitativo de AIH aprovadas/internações por município de residência das dez cidades do estado que mais encaminharam pacientes, associadas ao valor total gasto ao longo dos anos de 2010 a 2020.

Tabela 2 – AIH aprovadas/internações de acordo com local de residência e custo total aos municípios entre os anos de 2010 e 2020. Mossoró, Rio Grande do Norte, Brasil, 2022.

Município	AIH aprovadas	Custo total (R\$)
Natal	426	2.505.910
Parnamirim	144	850.942,4
São Gonçalo do Amarante	27	160.230,8
Mossoró	25	143.610,50
Macaíba	22	131.736,2
Santa Cruz	16	96.269,87
Ceará-Mirim	13	75.895,56
Extremoz	13	78.473,66
Caicó	11	65.330,83
Carnaúba dos Dantas	10	61.200,15
Macau	10	59.829,04

Demais Municípios do Rio Grande do Norte	165	1.068.827,82
Total	882	5.232.925,99

Fonte: Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS). Elaborada pelo próprio autor. 2022.

Em relação aos dias de permanência (Tabela 3), entre 2010 e 2020, 3.615 dias foram preenchidos com internações decorrentes de cirurgias bariátricas realizadas pelo SUS no RN. A média de permanência hospitalar é de 4,1 dias por cada paciente e os três procedimentos mais realizados são os que consistem em menos dias de permanência. A ordem crescente de tempo de permanência consiste em: Gastrectomia vertical em manga (3,3 dias), cirurgia bariátrica por videolaparoscopia (4,1 dias) e gastroplastia com derivação intestinal ou Bypass (4,3 dias).

Os dois procedimentos em desuso no estado consistem com maior permanência hospitalar média. A gastrectomia com ou sem desvio duodenal e gastroplastia vertical com banda, correspondem a, respectivamente, 4,4 e 5,6 dias de permanência hospitalar, como é possível conferir na Tabela 3.

Os dados referentes a óbito e taxa de mortalidade, de acordo com o SIH/SUS configuram dados numéricos iguais a zero não resultante de arredondamento durante todo o período de 2010 a 2020.

Em relação aos custos para a realização de cirurgias bariátricas pelo SUS no Rio Grande do Norte (Tabela 3), o valor entre 2010 e 2020 totalizou R\$ 5.232.925,99. O procedimento que custou menos ao estado foi a Gastrectomia com ou sem desvio duodenal, com valor total de R\$ 45.935,85 (devido ao pequeno número de realizações, no total de oito). A Gastroplastia vertical com banda custou ao serviço público R\$ 125.503,57 em decorrência dos 25 procedimentos realizados.

O custo médio de internação dos procedimentos cirúrgicos (Tabela 3) totalizou R\$ 5.933,02. Dentre os três procedimentos mais realizados, o que possui maior valor médio de internação é a cirurgia bariátrica por videolaparoscopia, totalizando R\$ 6.319,36 por cada procedimento, seguida da Gastrectomia vertical em manga (Sleeve), com valor médio de R\$ 5.871,09 e a Gastroplastia com derivação intestinal, com custo médio de R\$ 5.843,88.

Tabela 3 – Procedimentos realizados e relação quantidade, custo médio individual e custo total. Mossoró, Rio Grande do Norte, Brasil, 2022.

Variáveis	Média de dias de internamento	Custo médio individual (R\$)	Custo Total (R\$)
GDI (Bypass)	4,3 dias	5.843,88	2.828.437,22
CBV	4,1 dias	6.319,36	1.127.190,60
GVM (Sleeve)	3,3 dias	5.871,09	962.858,75
GVB	5,6 dias	5.020,14	125.503,57

GDC	4,4 dias	5.741,98	45.935,85
Total	3.615 dias	5.928,17	5.232.925,99

GDI: Gastroplastia com derivação intestinal CBV: Cirurgia bariátrica por videolaparoscopia GVM: Gastrectomia vertical em manga GVB: Gastroplastia vertical com banda GDD: Gastrectomia com ou sem desvio duodenal

Fonte: Ministério da Saúde – Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS). Elaborada pelo próprio autor, 2022.

Discussão

O período entre 2015 e 2020 foi responsável por mais da metade (62,92%) do total de procedimentos realizados pelo SUS no Rio Grande do Norte. Em relação ao território brasileiro, o número de cirurgias bariátricas realizadas pelo SUS em 2011 foi de 5.370 em 2011 e teve um aumento para 11.402 operações em 2018. Apesar de ser um aumento expressivo, os estudos mostram que essa quantidade representa pouco mais de 1% do total de pacientes que necessitam de cirurgia bariátrica, afinal a população elegível a cirurgia bariátrica pelo SUS no Brasil é de 708 mil pessoas.¹⁰

A região Sul apresentou maior número absoluto de cirurgias bariátricas realizadas entre esse mesmo período, com 56% do total. A região Nordeste, por sua vez, correspondeu a apenas 7% do total, com 5.231 operações e, em relação ao seu desempenho, foram realizadas 0,9 operações bariátricas/100.000 habitantes. Por sua vez, entre o período de 2017-2018, o Nordeste teve maior percentual de incremento de procedimentos laparoscópicos, com aumento percentual de 246%.¹¹

No Brasil, a técnica mais utilizada atualmente é o Bypass por via laparoscópica, capaz de fomentar uma perda ponderal em cerca de 40% do peso inicial associada a redução de alterações nutricionais e metabólicas e proporcionar melhor qualidade de vida.¹²

A gastrectomia com ou sem desvio duodenal e a gastroplastia vertical com banda corresponderam a apenas 3,74% do total de cirurgias bariátricas realizadas pelo SUS no período entre 2010 e 2020 no Rio Grande do Norte. A gastrectomia com ou sem desvio duodenal tem indicações cautelosas pelo risco maior de deficiência de vitaminas, diarreia crônica e flatos excessivos. Enquanto isso, a gastroplastia vertical com banda apresenta uma menor redução de peso no primeiro ano comparada as demais técnicas, como Bypass e Sleeve gástrico e há um acentuado risco de dilatação esofágica em casos de escorregamento da banda, sendo cada vez menos indicada pelo alto grau de insucesso e reabordagens.¹³

No que concerne as AIH aprovadas de acordo com local de residência, Natal é a cidade de onde residem praticamente metade de todos os pacientes que realizaram as cirurgias

bariátricas pelo SUS no Rio Grande do Norte. Atualmente, o Hospital Universitário Onofre Lopes (HUOL) é o único prestador do SUS no Rio Grande do Norte que realiza cirurgias bariátricas. O hospital corresponde a linha terciária de cuidados, portando, o paciente inicia as consultas através da atenção primária e secundária, de responsabilidade dos municípios de origem, sendo, então, regulado para triagem no HUOL e iniciando o processo pré-operatório e, se não houver intercorrências, é iniciado o preparo multidisciplinar e agendamento na lista de espera até ser conduzido a sala de cirurgia.¹⁴

Estudos mostram que os gastos públicos em medicina tiveram aumento mais significativo do que outros setores econômicos, considerando a maior necessidade de cuidados, novas tecnologias e maior demanda populacional de serviços médicos. Grande parte desses gastos se torna decorrente do tratamento de doenças crônicas não transmissíveis, como diabetes e doenças cardiovasculares, diretamente associadas à obesidade. A longo prazo, essas comorbidades decorrentes da obesidade fomentam um gasto substancial para os sistemas de saúde.¹⁵

A média nacional de valor para as cirurgias bariátricas no SUS é semelhante, ofertada em cerca de R\$ 5.824,61, sendo aproximadamente 70% referente a custos hospitalares e o restante aos serviços profissionais.¹⁶

É importante ressaltar que a bariátrica por videolaparoscopia surgiu nos anos de pesquisa somente entre 2018 e 2020 e já foi responsável pela realização de 201 procedimentos durante a análise. É uma técnica que tem a vantagem de menos tempo cirúrgico, menor taxa de complicações e um melhor resultado estético, entretanto, pode apresentar complicações como lesões em órgãos e vasos ou ocorrência de pneumoperitônio, sendo a via laparotômica mantida como sugestão para pacientes cardíacos e com riscos pulmonares, fornecendo maior segurança em alguns indivíduos.¹⁷

A média de permanência dos três procedimentos mais realizados no RN, Bypass, Sleeve e cirurgia bariátrica via videolaparoscopia é de 3 a 4 dias. Os procedimentos em desuso no Rio Grande do Norte através do SUS foram os que consistiam em mais dias de permanência hospitalar, correspondendo a uma média de 4 a 6 dias. Um estudo realizado em todo o território brasileiro entre os anos de 2010 e 2016 mostrou uma média de permanência hospitalar de 3 dias para cada hospitalização para realização de bariátricas pelo SUS.¹⁸

Pesquisas demonstram que a taxa média de mortalidade intra-hospitalar para pacientes bariátricos corresponde a cerca de 5 a cada mil pacientes, correspondendo um risco de 1,8%. Além disso, observa-se uma tendência a queda nas taxas de mortalidade, sendo a

mortalidade intra-hospitalar de pacientes submetidos à cirurgia bariátrica em todo o Brasil considerada um evento raro, e possuindo, comparativamente, similar taxa de mortalidade do mesmo procedimento através de planos de saúde.¹⁹

Um estudo de revisão demonstrou que após a cirurgia bariátrica as funções relacionadas sono, locomoção, sexo e relações interpessoais apresentaram melhora significativa, além da melhora da autoestima e satisfação de maneira geral.²⁰ A presença de uma equipe multidisciplinar transoperatória em uma cirurgia bariátrica pode auxiliar no êxito do procedimento e manutenção a longo prazo, contribuindo com a satisfação destes indivíduos.²¹

A bariátrica não é a única solução para tratamento da obesidade grave, mas é um mediador considerável quando possui indicações específicas. São necessários formulações de novas estratégias para combate a obesidade, associada a prevenção e aumento da cobertura populacional pelo SUS para quando a cirurgia é a opção mais prudente.¹¹

De todo modo, planejar políticas cada vez mais inclusivas voltadas à promoção da saúde, prevenção da obesidade desde a infância e juventude e ampliação do tratamento cirúrgico da obesidade para toda a população dependente do SUS é indispensável atualmente.

Conclusão

Em virtude de a maioria da população brasileira e, conseqüentemente, Norte-riograndense necessitar do serviço público para manutenção da saúde, devem ser estimuladas políticas públicas que possam suprir a extensa necessidade de acessibilidade as cirurgias bariátricas pelo SUS, encurtando os anos na fila de espera, promovendo maior resolução das doenças associadas e mais qualidade de vida a população necessitada no cenário alvo deste estudo. Em face ao exposto, podem ser realizadas as seguintes estratégias: busca das pessoas na faixa de obesidade, realização de programas de educação em saúde e a criação de mais centros de apoio a obesidade.

Dentre as limitações deste trabalho, dados importantes como sexo, idade, comorbidades e IMC dos pacientes não estão disponíveis. Além disso, o uso de base de dados do SIH/SUS pode conter erros de codificação, reiterações ou manipulações de dados, através da finalidade administrativa do sistema.

Diante deste cenário, é perceptível que quanto mais se conhece o perfil epidemiológico local, mais estratégias podem ser aprimoradas para prevenção, oportunidade de tratamento definitivo, melhor acompanhamento perioperatório, redução das filas de espera e dos gastos públicos com as doenças que acompanham a obesidade.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Global status report on noncommunicable diseases 2014. Geneva: World Health Organization; 2015.
2. Brasil [Internet]. Painel de Indicadores de Saúde: Pesquisa Nacional de Saúde [cited 2023 Feb 01]. Available from: <https://www.pns.icict.fiocruz.br/painel-de-indicadores-mobile-desktop/>.
3. Brasil. Vigitel Brasil 2006-2021: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Ministério da Saúde; 2022.
4. Nissen LP, Vieira LH, Bozza LF, Veiga LT, Biscaia BFL, Pereira JH, et al. Intervenções para tratamento da obesidade: revisão sistemática. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2012;7(24):184-90. doi: [https://doi.org/10.5712/rbmfc7\(24\)472](https://doi.org/10.5712/rbmfc7(24)472).
5. Zeve JLM, Novais PO, Oliveira Júnior N. Técnicas em cirurgia bariátrica: uma revisão da literatura. *Ciênc Saúde*. 2012;5(2):132-40. doi: <http://dx.doi.org/10.15448/1983-652X.2012.2.10966>.
6. Barros LM, Frota NM, Moreira RAN, Araújo TM, Caetano JA. Avaliação dos resultados da cirurgia bariátrica. *Rev Gaúcha Enferm*. 2015;36(1):21-7. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2015.01.47694>.
7. Ayoub JAS, Alonso PA, Guimarães LMV. Efeitos da cirurgia bariátrica sobre a síndrome metabólica. *ABCD Arq Bras Cir Dig*. 2011;24(2):140-3. doi: <https://doi.org/10.1590/S0102-67202011000200010>.
8. Porcelli ICS, Corsi NM, Fracasso MLC, Pascotto RC, Cardelli AAM, Poli-Frederico RC, et al. Oral health promotion in patients with morbid obesity after gastropasty: a randomized clinical trial. *ABCD Arq Bras Cir Dig*. 2019;32(2). doi: <https://doi.org/10.1590/0102-672020190001e1437>.
9. Zilberstein B, Santo MA, Carvalho MH. Análise crítica das técnicas de tratamento cirúrgico da obesidade mórbida. *ABCD Arq Bras Cir Dig*. 2019;32(3):e1450. doi: <https://doi.org/10.1590/0102-672020190001e1450>.
10. Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica [Internet]. Cirurgia bariátrica cresce 84,73% entre 2011 e 2018 [cited 2022 Jul 27]. Available from: <https://www.sbcbm.org.br/cirurgia-bariatrica-cresce-8473-entre-2011-e-2018/>.
11. Tonatto-Filho AJ, Gallotti FM, Chedid MF, Grezzana-Filho TJM, Garcia AMSV. Cirurgia bariátrica no sistema público de saúde brasileiro: o bom, o mau e o feio, ou um longo caminho a percorrer sinal amarelo! *ABCD Arq Bras Cir Dig*. 2019;32(4):e1470. doi: <https://doi.org/10.1590/0102-672020190001e1470>.
12. Barros F. Qual o maior problema de saúde pública: a obesidade mórbida ou a cirurgia bariátrica no Sistema Único de Saúde (SUS)? (Parte II). *Rev Col Bras Cir*. 2015;42(3):136-7. doi: <https://doi.org/10.1590/0100-69912015003001>.

13. Lopes VS, Terra Filho MN, Tosti LG, Di Nardo EF, Gabriel SA. Indicações atuais e técnicas cirúrgicas de cirurgia bariátrica. *Rev Corpus Hippocraticum*. 2020;2(1). Available from: <https://revistas.unilago.edu.br/index.php/revista-medicina/article/view/404>.
14. Salustiano F. Pandemia gera demanda por cirurgia bariátrica no RN. *Tribuna do Norte* [cited 2022 Jul 23]. Available from: <http://www.tribunadonorte.com.br/noticia/pandemia-gera-demanda-por-cirurgia-bariatrica-no-rn/534908>.
15. Bahia LR, Araújo DV. Impacto econômico da obesidade no Brasil. *Rev HUPE*. 2014;13(1):13-7. doi: <https://doi.org/10.12957/rhupe.2014.9793>.
16. Reis EC. Análise dos custos das cirurgias bariátricas para o sistema único de saúde (SUS) no período de 2008 a 2017. *J Manag Prim Health Care*. 2019;11. doi: <https://doi.org/10.14295/jmphc.v11iSup.831>.
17. Fernandes SR, Figueiredo BQ, Bomfim KCN, Sousa KK, Sousa LMS, Gaia MGG, et al. Análise das vantagens e desvantagens da cirurgia videolaparoscópica em relação à laparotomia: uma revisão integrativa de literatura. *Res Soc Dev*. 2021;10(12):e157101220356. doi: <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i12.20356>.
18. Carvalho AS, Rosa RS. Cirurgias bariátricas realizadas pelo Sistema Único de Saúde em residentes da Região Metropolitana de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, 2010-2016. *Epidemiol Serv Saúde*. 2018;27(2). doi: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742018000200008>.
19. Kelles SMB, Machado CJ, Barreto SM. Dez anos de cirurgia bariátrica no Brasil: mortalidade intra-hospitalar em pacientes atendidos pelo sistema único de saúde ou por operadora da saúde suplementar. *ABCD Arq Bras Cir Dig*. 2014;27(4):261-7. doi: <https://doi.org/10.1590/S0102-67202014000400008>.
20. Moraes JM, Caregnato RCA, Schneider DS. Qualidade de vida antes e após a cirurgia bariátrica. *Acta Paul Enferm*. 2014;27(2):157-64. doi: <https://doi.org/10.1590/1982-0194201400028>.
21. Rocha C, Costa E. Aspectos psicológicos na obesidade mórbida: Avaliação dos níveis de ansiedade, depressão e do auto-conceito em obesos que vão ser submetidos à cirurgia bariátrica. *Anál Psicol*. 2012;30(4):451-66. doi: <https://doi.org/10.14417/ap.604>.

A sobrevivência ao câncer no Brasil: percepções de gestores de unidades hospitalares

Antonio Tadeu Cheriff dos Santos

Fernando Lopes Tavares Lima

Liz Maria de Almeida

Maria Lúcia Magalhães Bosi

RESUMO

Os setores público e privado de saúde brasileiros compartilham dificuldades para atender às necessidades do sobrevivente ao câncer. O objetivo deste artigo é compreender as percepções de gestores de unidades hospitalares especializadas em oncologia a respeito das questões gerenciais relacionadas à sobrevivência ao câncer no Brasil. Trata-se de um estudo qualitativo, realizado em duas instituições públicas e duas privadas no Rio de Janeiro e em Fortaleza. Entrevistou-se os quatro gestores dessas instituições abordando suas percepções sobre a sobrevivência ao câncer e o modelo de seguimento dos pacientes no período de pós-tratamento. Utilizou-se da técnica de análise temática do conteúdo alinhada com uma abordagem interpretativa crítica. Os resultados foram discutidos nas categorias “Caracterização da sobrevivência ao Câncer”, “Fragmentação do cuidado ao sobrevivente ao câncer” e “Modelos e limites de financiamento de ações e serviços”. Os gestores conceituam a sobrevivência ao câncer de forma difusa e polissêmica, o que associado à ausência de dados e de recursos financeiros, dificulta o enfrentamento desse problema. Ações para resolução do quadro incluem uma melhor descrição sobre quem são os sobreviventes, a definição de responsabilidades entre os diferentes níveis de atenção, o aprimoramento de ações intersetoriais, a adoção de financiamento específico e o aperfeiçoamento da relação entre os setores público e privado. Com isso, espera-se que haja o atendimento da integralidade das necessidades dos sobreviventes do câncer, de forma a garantir o seu direito à saúde e à qualidade de vida.

Palavras -chave: Câncer, Sobrevivência, Gestão, Hospitais, Pesquisa Qualitativa.

Introdução

O câncer é o principal problema de saúde pública no mundo, estando entre as principais causas de morte antes dos 70 anos de idade na maioria dos países¹. Sua incidência e mortalidade vêm aumentando, em parte pelo envelhecimento e crescimento populacional, como também pela mudança na distribuição e na prevalência dos fatores de risco. No Brasil, a estimativa para cada ano do triênio 2020-2022 aponta que ocorreram 625 mil casos novos de câncer¹. Diante desse quadro, o adoecimento por câncer vem sendo objeto de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, realizadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e pela iniciativa privada.

O SUS é compreendido como o conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais e, de forma complementar, por instituições privadas contratadas ou conveniadas (preferencialmente beneficentes e sem fins lucrativos)². Essas ações e serviços devem seguir as diretrizes da Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer, instituída com o objetivo de reduzir a mortalidade e a incapacidade causadas por esta doença, diminuir a incidência de alguns tipos de câncer e contribuir para a melhoria da qualidade de vida dos usuários com câncer³.

Por sua vez, a livre iniciativa privada é caracterizada pela atuação, por iniciativa própria, de profissionais liberais, legalmente habilitados, e de pessoas jurídicas de direito privado². Devido ao alto custo para o paciente, as ações e serviços privados em oncologia são desenvolvidos, principalmente, no sistema de saúde suplementar, compreendido como o conjunto ações e serviços desenvolvidos por operadoras de planos e seguros privados de assistência médica à saúde e que abrange cerca de 47 milhões de beneficiários no país^{4,5}.

Mesmo que os sistemas público e privado tenham objetivos e modelos gerenciais diferentes, eles compartilham dificuldades estruturais para atender às necessidades integrais dos sobreviventes do câncer. De fato, pesquisas sugerem que essas necessidades geralmente não são atendidas pelos diferentes sistemas de saúde em todo o mundo^{6,7}. Considerando uma perspectiva centrada no paciente, reconhece-se a sobrevivência como um processo de viver com câncer que se inicia no momento do diagnóstico e continua através das fases do tratamento e uma transição para a sobrevivência sem tratamento ou o fim da vida. Além disso, indica que as necessidades desse período são diferentes para cada pessoa, dependendo de sua idade, raça, origem étnica e cultural, status socioeconômico e extensão e qualidade de seus relacionamentos sociais, o que complexifica esse cuidado⁸.

A Agência Internacional de Pesquisa em Câncer projeta, tendo como base as estimativas de prevalência em cinco anos, a existência de 1.563.761 sobreviventes de câncer no Brasil⁹. Esse número traz implicações para o sistema de saúde, uma vez que os recursos para apoiar os sobreviventes são bem diferentes daqueles necessários para o tratamento dos casos diagnosticados¹⁰.

Os dados sobre o número crescente de sobreviventes do câncer a cada ano no mundo ressaltam a magnitude e o impacto da sobrevivência ao câncer para os sistemas de saúde e a urgência em reorganizá-los para atenderem as necessidades dos sobreviventes de longo prazo do câncer¹¹.

Diante deste cenário, o objetivo deste artigo é compreender as percepções de gestores de unidades hospitalares especializadas em oncologia a respeito das questões gerenciais relacionadas à sobrevivência ao câncer no Brasil. Espera-se, com esse estudo, contribuir com a compreensão das necessidades e características dos sobreviventes de câncer no país e auxiliar gestores e profissionais no desenvolvimento de linhas de cuidado e apoio social para atender às necessidades desses indivíduos nessa fase do *continuum* do controle do câncer.

Método

Esse artigo é um recorte de um estudo mais amplo sobre o tema da sobrevivência ao câncer no Brasil, que teve uma primeira parte dos resultados publicado em 2020¹². Orientou-se por uma abordagem qualitativa de cunho interpretativista, visando compreender as concepções dos gestores que se ocupam das necessidades clínico-assistenciais e de apoio social de pessoas que tiveram diagnóstico de câncer^{13,14}.

O trabalho de campo foi realizado em duas instituições públicas e em duas instituições privadas que oferecem atendimento oncológico nas cidades do Rio de Janeiro e Fortaleza, localizadas nas regiões Sudeste e Nordeste do país, respectivamente. Essas regiões diferem em aspectos geográficos, socioeconômicos e culturais, bem como no nível de organização da rede de saúde. As cidades são duas grandes capitais brasileiras, ocupando nacionalmente a segunda e a quinta posição em termos de número de habitantes, com estimativas populacionais de 6,7 e 2,7 milhões de habitantes em 2021, respectivamente¹⁵.

A seleção dos participantes envolveu uma amostra intencional dos quatro gestores dessas instituições, que assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Os pesquisadores contactaram os gestores previamente, por telefone, para descrever os objetivos e justificativas para o desenvolvimento da pesquisa, bem como para agendar as entrevistas.

Dado o pequeno número de participantes, trabalhamos com o universo, portanto, com os informantes-chave¹⁶.

Foram realizadas entrevistas individuais e dialógicas visando à compreensão em profundidade da noção de sobrevivência ao câncer e da experiência relacionada às necessidades assistenciais e gerenciais dessa fase de cuidados. Para tanto, utilizou-se um roteiro semiestruturado elaborado especificamente para o estudo, contendo blocos com os seguintes temas: percepção de sobrevivência de câncer; modelo de seguimento dos pacientes e seus familiares no período de pós-tratamento. As entrevistas foram conduzidas nas instituições por três especialistas em ciências sociais em saúde ligados a dois grupos de pesquisa (Núcleo de Estudos e Pesquisas Qualitativas e Laboratório de Avaliação e Pesquisa Qualitativa) de instituições federais, sendo todas com grande experiência em pesquisa qualitativa nas áreas social e oncológica.

As entrevistas duraram, em média, uma hora. Foram transcritas por profissional habilitado e, posteriormente, validadas por quem as realizou. Os fragmentos de falas foram codificados como GAR (gestor público do Rio de Janeiro), GBR (gestor privado do Rio de Janeiro), GAF (gestor público de Fortaleza) e GBF (gestor privado de Fortaleza). Visando dar maior fluidez ao texto, ou maior compreensão do leitor, esses fragmentos foram editados com acréscimos (sempre sinalizado entre colchetes) ou com supressão de texto (sempre sinalizado com três pontos entres colchetes).

A análise dos dados baseou-se na técnica de análise temática do conteúdo alinhada com uma abordagem interpretativa crítica, a fim de articular os contextos socioculturais e clínicos^{17,18}. Todos os autores estiveram envolvidos no processo de análise e interpretação. Não foram utilizados programas de computador no processo de análise e o material não foi enviado para validação pelos participantes.

Este estudo foi escrito utilizando o checklist COREQ¹⁹. Respeitou-se as determinações éticas das resoluções nº466 de 2012 e nº510 de 2016, do Conselho Nacional de Saúde, com aprovação dos Comitês de Ética das instituições (pareceres: 523.004; 555.869; 560.305; 801.666).

RESULTADOS

Todos os quatro gestores entrevistados eram médicos do sexo masculino, sendo um cirurgião e três oncologistas clínicos. A idade média era de aproximadamente 53 anos. O tempo médio de experiência em oncologia e de gestão era de aproximadamente 26 e 14 anos,

respectivamente (Quadro 1). Esse perfil caracterizou um grupo experiente de gestores de unidades de tratamento de câncer.

Quadro 1: Perfil socioprofissional dos participantes.

Código	Idade	Sexo	Formação	Especialidade	Tempo na Oncologia	Tempo de gestão na unidade
GAR	69	Masculino	Medicina	Cirurgião Torácico	42	10
GBR	36	Masculino	Medicina	Oncologista Clínico	10	8
GAF	50	Masculino	Medicina	Oncologista Clínico	20	20
GBF	58	Masculino	Medicina	Oncologista Clínico	34	20

Legenda: GAR: gestor público do Rio de Janeiro; GBR: gestor privado do Rio de Janeiro; GAF: gestor público do Fortaleza; GBF: gestor privado de Fortaleza.

Abrangendo as diferentes questões levantadas pelos gestores, acerca dos objetivos deste estudo, a rede de significados se estruturou em três macro categorias empíricas construídas na análise das entrevistas: a *Caracterização da sobrevivência ao Câncer*, a *Fragmentação do cuidado ao sobrevivente ao câncer* e os *Modelos e limites de financiamento de ações e serviços*. Tais categorias, desdobram-se, por sua vez, em subcategorias.

A respeito da *Caracterização da sobrevivência ao Câncer*, os gestores apresentaram um conceito de sobrevivência difuso e polissêmico, deslizando de uma perspectiva biológica influenciada pela clínica e pela epidemiologia, de delimitação do tempo livre de doença como marco para determinação de cura e início de sobrevivência, para uma perspectiva mais ampla, reconhecendo o câncer como doença crônica e com valorização da dimensão da qualidade de vida na sobrevida. Devido a esse segundo olhar, há o reconhecimento da necessidade de desenvolvimento de ações intersetoriais, que visam a reabilitar as sequelas do adoecimento e do tratamento, bem como reduzir os riscos de recidiva e facilitar o controle da doença e a reinserção do sobrevivente na sociedade após o tratamento (Quadro 2).

Quadro 2: Subcategorias e recorte de depoimentos da categoria *Caracterização da sobrevivência ao Câncer*.

Categoria empírica	Subcategorias	Recortes de depoimentos
Caracterização da sobrevivência ao Câncer	Reconhecimento do tempo como definidor da cura do câncer e início da sobrevida	A gente chama de sobrevida ou sobrevivência livre de recidiva, que é o tempo que o paciente passa sem ter doença em atividade, ele se trata, não tem doença em atividade. (GAF) Os estudos clínicos e epidemiológicos todos trabalham com sobrevida livre de doença de cinco anos. Então meio que se padronizou, né? Só que a gente tem um percentual de pacientes que podem recidivar após cinco anos, né? (GBR)
	Reconhecimento da	As intervenções tecnológicas mais recentes têm permitido

	<p>cronicidade e busca por qualidade de vida</p>	<p>modificar esses critérios de sobrevivente [...] eu acho que esses critérios [...] de tempo, eles são muito frágeis, eu acho os critérios cada vez mais são de qualidade de vida [...] O critério de cura [...] tem se tornado cada vez menos relevante. [...] eu considero relevante a questão da qualidade de vida, da sobrevida com qualidade. (GAR)</p> <p>A tendência é levar o câncer para uma perspectiva de doença crônica que pode ser controlada e não necessariamente curada, no sentido amplo da palavra [...] então, se nós colocarmos o câncer na perspectiva de que o fundamental é deixar a doença sem estar em atividade, é deixar a doença controlada. (GBF)</p>
	<p>A intersetorialidade como demanda para o sobrevivente</p>	<p>A grande figura em torno do qual tudo acontecia era o cirurgião, era o dono do paciente com câncer. Hoje já não é mais assim, né? Porque a oncologia clínica avançou, a radioterapia, os serviços que dão suporte, nutrição, psicólogo, tudo isso, não é? (GBF)</p> <p>Existe um esforço muito grande pra tratar essas doenças. [...] e não é pensado muito no pós [...] dependendo da idade, da condição socioeconômica ou da estrutura familiar [...] fazer com que o indivíduo volte a viver, volte a trabalhar [...] às vezes é difícil. [...] o câncer, na maioria das vezes, desestrutura as famílias, né? (GAF)</p> <p>Outro ponto é a inserção desse paciente dentro da sociedade. [...] tem muitas questões que tem dificuldade de inserção social, né? E também inserção profissional, não é? Então eu acho que seria importante programas de recolocação social e profissional. (GBR)</p>

Legenda: GAR: gestor público do Rio de Janeiro; GBR: gestor privado do Rio de Janeiro; GAF: gestor público do Fortaleza; GBF: gestor privado de Fortaleza.

Apesar do reconhecimento da necessidade de desenvolvimento de ações intersetoriais, os gestores assinalam de forma unânime a **Fragmentação do cuidado ao sobrevivente ao câncer** e relatam dificuldades para a construção de uma rede homogênea, devido à diversidade social e econômica do país e à escassez de informações sistemáticas sobre a sobrevivência do câncer. Tanto o sistema público, como o privado, foi considerado fragmentado, com dificuldades para atender às necessidades dos sobreviventes que ultrapassam a especialidade da oncologia. Por outro lado, apesar da compreensão compartilhada em relação às necessidades ampliadas dos sobreviventes, as propostas de resolução se diferem entre os sistemas público e privado (Quadro 3).

O entendimento dos gestores públicos é que o usuário, ao ser diagnosticado com câncer, deve fazer seu tratamento sem perder o seu vínculo com os demais serviços de atenção primária e média complexidade que compõem a rede de atenção. A perda desse vínculo, desde o momento do diagnóstico, ocasiona em uma responsabilização exclusiva do cuidado integral pela unidade terciária e uma fidelização excessiva do usuário à unidade

especializada em oncologia, demandando dela ações e serviços que não compõem o seu rol de especialidade. Assim, para os gestores públicos, o cuidado direcionado aos sobreviventes não deve ter como lócus preferencial apenas as unidades especializadas em Oncologia, mas ser capilarizado por todo o sistema de saúde, respeitando-se as competências técnicas de cada nível.

Associado à essa questão, os gestores relataram a dificuldade dos sobreviventes ao câncer em acessar os demais pontos da rede, tanto na atenção primária como na secundária, para o atendimento das necessidades da sobrevivência, devido à escassez e limitações técnico-científicas e estruturais dessas unidades. Nesse sentido, seria responsabilidade das unidades especializadas dar o devido e contínuo apoio técnico aos demais serviços que compõem a rede, visando a qualificação do cuidado prestado durante o período de tratamento e pós-tratamento do câncer. Assim, busca-se a integralidade do cuidado ao sobrevivente pela descentralização de serviços, o que pode, segundo os entrevistados, otimizar os recursos e estruturas existentes.

Por outro lado, os gestores dos serviços privados destacaram o contínuo esforço de convencimento das operadoras dos planos e seguros de saúde sobre essas necessidades mais amplas dos sobreviventes ao câncer, pois há estrita dependência de autorização de serviços e procedimentos pelas operadoras. Um atraso nessa liberação pode retardar a condução do tratamento gerando intenso desconforto para pacientes, dentre outros prejuízos alusivos ao adiamento do tratamento, em um grupo já debilitado pela própria doença. Além disso, eles ressentem não existir na rede suplementar uma estrutura ou linha de cuidado integrada e organizada para o tratamento e pós-tratamento do câncer. Nesse cenário, a preocupação é centralizar os diferentes níveis de atenção ao paciente oncológico em um hospital especializado em oncologia (*Cancer Center*) como ocorre em outros países. Assim, a busca pela integralidade é pela centralização de serviços.

Quadro 3: Subcategorias e recorte de depoimentos da categoria *Fragmentação do cuidado ao sobrevivente ao câncer*.

Categoria empírica	Subcategorias	Recortes de depoimentos
Fragmentação do cuidado ao sobrevivente ao câncer	Ausência de informações e fragmentação dos cuidados	Nós temos pouca informação de sobrevivida no Brasil, né? [...] a gente não tem um acompanhamento sistemático. (GAR) Se você perguntar para qualquer operadora de saúde do Brasil, ninguém sabe te dar essa resposta, porque ninguém controla os resultados, o desfecho dos pacientes. (GBR) O problema da saúde do Brasil é a fragmentação, né? [...] A gente começou a perceber a dificuldade de alguns pacientes

		que ficavam rodando, mesmo na saúde suplementar. (GBR)
	A desfragmentação pela descentralização do cuidado no setor público	É um compromisso que tem que ser do sistema de saúde. [...] a atribuição do processo de acompanhamento da gestão clínica dos pacientes a partir do momento em que ele termina ou modifica o acompanhamento oncológico, ela tem que ser transferida para atenção básica. [...] antes de serem pacientes de câncer eles são sujeitos de atendimento do SUS. [...] a responsabilidade é do Sistema. (GAR) [...] você vai tendo necessidade de preparar não só os oncologistas, mas também o sistema de saúde pra fazer o acompanhamento dessas pessoas. [...] o acompanhamento pelo oncologista é especializado, e na verdade essas pessoas precisam de um acompanhamento muito mais global. [...] Aumentar a sobrevida com qualidade de vida é uma coisa que depende muito mais de uma ação integrada, sistêmica, de todos os níveis, do que uma ação específica de uma Unidade especializada. (GAR)
	A desfragmentação pela centralização do cuidado no setor privado	Você tem tantos pacientes e às vezes tem que ir para vários lugares para fazer uma coisa que poderia fazer num lugar só. (GBR) Hoje o nosso serviço de saúde suplementar é totalmente fragmentado. [...] o paciente faz o exame de imagem num local, exame de sangue no outro, vem fazer químico e radio aqui, eventualmente ele precisa de uma biópsia e faz em outro canto, exame patológico é em outro, e não se comunicam, os serviços não se comunicam, né? Por isso a necessidade de você fazer Centros que tenham todos esses serviços integrados, né? [...] quem sabe no futuro, construir um <i>Cancer Center</i> . (GBR)

Legenda: GAR: gestor público do Rio de Janeiro; GBR: gestor privado do Rio de Janeiro; GAF: gestor público do Fortaleza; GBF: gestor privado de Fortaleza.

Para o enfrentamento desses desafios, tanto os gestores públicos, como os privados, apresentaram uma série de preocupações quanto aos *Modelos e limites de financiamento de ações e serviços* voltados aos sobreviventes ao câncer. Ambos visam à otimização dos custos e ampliação da arrecadação, mesmo partindo de lógicas diferentes (Quadro 4).

No sistema público a lógica permeia a otimização dos recursos escassos disponibilizados para a garantia da saúde como direito constitucional do cidadão. Identificou-se que, além dos limites dos valores transferidos pela União para as unidades habilitadas por procedimento realizado, há limitação de procedimentos cadastrados para registro nos sistemas de informação, o que está diretamente relacionado ao repasse financeiro. Com isso, há diferença entre os procedimentos realizados e os valores recebidos, causando desequilíbrio financeiro para a unidade prestadora do serviço. Além disso, foram relatados os casos de pacientes com plano de saúde que tiveram dificuldades para realização de procedimentos que

fazem parte do rol obrigatório das operadoras e acabam migrando para o SUS, sem o ressarcimento das operadoras para o sistema público.

No sistema privado foi destacada a necessidade e dificuldade para arrecadação por doação e a necessária e permanente negociação com as operadoras dos planos e seguros de saúde para o pagamento dos serviços prestados aos pacientes. A negociação é complexa, considerando que tanto as unidades prestadoras de serviços, como as operadoras dos planos, são instituições privadas que possuem preocupações com seus orçamentos e demandas financeiras. Para os entrevistados, são necessárias ações, em conjunto com a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), para ampliação do rol de procedimentos obrigatórios para todos os sobreviventes do câncer que possuem plano de saúde.

Uma tentativa para a superação dessas dificuldades de financiamento, indicada nas entrevistas, pauta-se na busca de uma interlocução entre a esfera pública e a privada, principalmente na busca de uma linha de cuidado e assistência que trabalhe num modelo de economia de escala para facilitar o acesso e o custeio dos procedimentos diagnóstico-terapêuticos.

Quadro 4: Subcategorias e recorte de depoimentos da categoria *Modelos e limites de financiamento de ações e serviços*.

Categoria empírica	Subcategorias	Recortes de depoimentos
Modelos e limites de financiamento de ações e serviços	A questão pública	<p>Independentemente dessa discussão, de como se faz o cruzamento, o ressarcimento do SUS pelo Sistema privado, [...] o investimento que o Brasil faz hoje em termos públicos na saúde é muito baixo. (GAR)</p> <p>O SUS paga dois mil reais por uma quimioterapia. Dependendo da terapia, ela às vezes se paga e às vezes ela não se paga (GBF)</p> <p>A gente faz uma série de procedimentos que estão fora da tabela de remuneração. [...] Como o sistema de informação é baseado na tabela de remuneração... [...] então a gente tem uma produção muito maior do que é [informado]. (GAR)</p>
	A questão privada	<p>As Operadoras de Saúde estão preocupadas mais com a redução de custos [...] teria que fazer programas onde isso estivesse incorporado no suporte que a Operadora seria obrigada a oferecer para os seus clientes. [...] trabalhar junto com a Agência Nacional de Saúde. (GBR)</p> <p>Algumas dificuldades e dependências da relação com as operadoras de saúde. [...] para conseguir marcar consulta com profissional ou fazer um procedimento, precisa de autorização, então nem sempre é da forma que a gente quer. (GBR)</p> <p>O paciente fez uma doação de dois milhões de reais, ele é do Rio de Janeiro, foi pra São Paulo fazer uma doação pra</p>

		um Hospital filantrópico. [...] não há nenhuma política de captação dessas doações internas (GBR)
	A integração entre o público e o privado	A gente tem um aparelho de braquiterapia, que faz braquiterapia conformacional tridimensional [...] e poucos serviços tem isso no Brasil. É necessário a cada três meses fazer a troca de fonte, e às vezes a gente tem aqui por mês dois ou três pacientes tratando [...] e a fila enorme de paciente esperando oportunidade de tratar lá [no SUS]. Até acho que deveria ter mais interação público-privado, né? Porque tem aparelho que está sendo subutilizado. [...] Desafogar o sistema público, né? (GBR) Uma entidade que faz isso [ter outra fonte de renda] termina muitas vezes prestando serviço melhor no SUS. (GBF)

Legenda: GAR: gestor público do Rio de Janeiro; GBR: gestor privado do Rio de Janeiro; GAF: gestor público do Fortaleza; GBF: gestor privado de Fortaleza.

Discussão

Os resultados apontam que, na percepção dos gestores, há uma necessidade urgente de revisão no modelo de gestão dos serviços de saúde no Brasil para que se possa, de fato, oferecer um cuidado integral aos sobreviventes ao câncer. Confirmou-se as limitações de ações planejadas para esse público e que a ênfase da atenção do sistema de saúde ainda está centrada na assistência aos novos casos de câncer¹⁸. Esse olhar mais centrado no tratamento do câncer pode, em parte, estar relacionado ao local de fala dos participantes: gestores de unidades de tratamento do câncer.

A partir dos disso, entende-se a urgência de uma definição e caracterização mais objetiva dessa nova fase de cuidado no *continuum* do controle do câncer nas políticas públicas, definindo não apenas o que vem a ser a sobrevivência, mas, principalmente, identificando quantos são os sobreviventes de câncer no Brasil, quais são suas necessidades, quais serviços deverão ser acionados para o atendimento dessas necessidades e como essas ações serão financiadas.

A Política Nacional para Prevenção e Controle do Câncer (PNPCC) não aborda, de forma direta, a questão do sobrevivente ao câncer. Afirma ter entre seus objetivos “contribuir para a melhoria da qualidade de vida dos usuários com câncer, por meio de ações de promoção, prevenção, detecção precoce, tratamento oportuno e cuidados paliativos”³, não referenciando a sobrevivência no longo prazo. Essas indefinições normativas, associadas com o conceito difuso apresentado pelos gestores, contribui para que as ações e serviços mantenham-se direcionados ao acompanhamento dos sobreviventes considerando apenas os riscos clínicos associados à contagem de anos livres de doença. Não se trata de diminuir a

importância desse acompanhamento, considerando o risco de reincidência ou desenvolvimento de um segundo tumor, mas de reconhecer que as necessidades dos sobreviventes ao câncer ultrapassam a realização de exames de investigação de reincidência¹².

Mullan, em 1985, foi o pioneiro em atrair atenção para a fase de sobrevivência de câncer, apresentando uma definição ampliada, a partir de uma perspectiva psicossocial do indivíduo²¹. No entanto, mesmo após quase 40 anos, houve pouco progresso na definição operacional da sobrevivência ao câncer²².

No momento atual, o câncer é classificado como uma doença crônica com sequelas físicas e psicossociais^{22,23}. Assim sendo, são necessárias definições operacionais para avançar nas posições políticas e na prestação de cuidados e apoio aos sobreviventes, uma vez que os sobreviventes de câncer geralmente sofrem efeitos colaterais tardios e de longo prazo do câncer e seu tratamento²³.

Partindo dessa perspectiva ampliada do sobrevivente do câncer, para auxiliar no processo de planejamento dos sistemas de saúde, classificam-se os sobreviventes ao câncer em dois grupos²⁴: indivíduos livres do câncer e indivíduos vivendo com câncer. No primeiro grupo estão incluídos os sobreviventes livres da doença por cinco ou mais anos, sendo considerados sobreviventes de longo prazo. Esses, geralmente, retomam suas vidas e trabalhos habituais, porém permanecem em risco de reincidência e poderão necessitar de reabilitação e apoio psicossociais por conta de uma ou mais complicações decorrentes do câncer ou do tratamento recebido. No segundo grupo encontram-se aqueles cujo câncer progride lentamente, ou mesmo aqueles que convivem estados alternados de remissão e recaída. Nesse grupo recai a necessidade da previsão de linhas de cuidado e atenção que promovam uma qualidade de vida adequada.

Independente do grupo em que o sobrevivente se encontre, sabe-se que há aumento da demanda de atenção de cuidados médicos e não médicos, pois os sobreviventes de câncer têm mais problemas médicos, mais limitações funcionais e temem com mais frequência pela sua saúde do que a população em geral^{7,25}. Além disso, enfrentam uma série de desafios socio-laborais na “volta à vida normal”. Estudos recentes mostram o impacto negativo do câncer sobre as possibilidades de conservar ou obter um emprego. Da mesma forma, são críticos para este grupo o acesso à seguridade social, empréstimos e seguros de saúde²⁵. Os entrevistados estão cientes dessa discussão, mas apresentaram limitações gerenciais para o enfrentamento desse problema social, devido à fragmentação das redes de cuidado pública e privada.

Diante de tais questões, cabe aos gestores dos sistemas de saúde, públicos ou privados, definirem um modelo de atuação que dê a melhor resposta para essas necessidades. Dentre os modelos já descritos na literatura, destacam-se o Modelo de centro oncológico tradicional, o Modelo comunitário e o Modelo especializado²⁶.

No modelo de centro oncológico tradicional a equipe oncológica atua como coordenadora durante um tempo prolongado. Como vantagem está a manutenção da continuidade assistencial, pois os pacientes e familiares apreciam manter contato com os profissionais que fizeram o tratamento e a equipe estaria mais tecnicamente preparada para resolução das toxidades esperadas pelos tratamentos administrados. Dentre as limitações, destacam-se a baixa capilaridade das unidades especializadas e a conseqüente sobrecarga por atenderem, ao mesmo tempo, aos novos casos e aos segmentos já tratados, além da tendência de baixa atenção aos problemas considerados não oncológicos²⁵.

No modelo comunitário o seguimento do cuidado ao sobrevivente, dentro do possível, é realizado pela Atenção Primária, que estaria em cooperação e comunicação com a equipe oncológica²⁷. O aspecto positivo desse modelo é sua sustentabilidade, pois haveria maior capilarização do cuidado e um olhar mais aprimorado para as necessidades mais generalizadas. No entanto, há dificuldades de integração entre a atenção primária e a especializada, e os seguimentos exclusivos pela atenção primária acarretarem, geralmente, em uma menor aderência às recomendações do seguimento oncológico²⁵.

O terceiro modelo, compreende centros especializados associados a unidades de saúde especializadas em oncologia. Possuindo equipe multidisciplinar especializada em oncologia com conhecimentos acerca das complicações tardias e de longo prazo do câncer, as unidades especializadas são capazes de oferecer fácil acesso e tratamentos especializados adequados aos sobreviventes em qualquer estágio da sua jornada. A intensidade dos cuidados dispensados se baseia na estratificação do risco dos pacientes. Estes centros funcionam em estreita relação com os provedores de assistência primária da área, reunindo, em si, as melhores características dos modelos anteriores²⁵.

No âmbito dos serviços públicos brasileiros, mesmo que a PNPCC não aborde diretamente a questão do sobrevivente, considerando os princípios e diretrizes do SUS, há determinação para criação de uma rede de atenção à saúde que se alinha à proposta comunitária, conforme sinalizado pelos entrevistados. Esse modelo organizativo em redes de atenção à saúde visa melhorar a qualidade da atenção, a qualidade de vida dos usuários, os resultados sanitários do sistema de atenção à saúde, a eficiência na utilização dos recursos e a equidade em saúde²⁸.

Apesar desse alinhamento normativo com o modelo comunitário, o funcionamento real da rede pública, conforme verificou-se nas entrevistas e na literatura, ainda se aproxima do modelo do centro oncológico tradicional, com baixa articulação entre as unidades especializadas e a atenção primária, o que pode dificultar a garantia da integralidade do cuidado ao sobrevivente²⁹. Assim, permanece o desafio para que as determinações prescritas na política sejam implantadas no cotidiano dos serviços. Para tanto, há que aprimorar a comunicação entre a atenção primária e a atenção especializada, bem como a qualificação permanente dos profissionais da atenção primária³⁰. Ao se considerar o contexto da atenção oncológica no SUS, onde parte das instituições habilitadas na alta complexidade são privadas e conveniadas ao SUS para prestação de serviços hospitalares de tratamento do câncer, esse desafio se amplia.

No âmbito da rede privada, a proposta de centralização do cuidado por meio da construção de um *Cancer Center* para redução da fragmentação do cuidado visa a comodidade do paciente, além de tentar reduzir o risco de esse paciente se perder pela rede. No cenário norte-americano os programas de navegação do paciente oncológico são altamente difundidos e incentivados para alcançar esses objetivos²⁵. Entretanto, para a realidade brasileira será necessário avaliar a capacidade de capilarização desses serviços privados para municípios de pequeno porte, bem como para a real capacidade em atender às necessidades que ultrapassam o espaço clínico, em uma perspectiva interdisciplinar centrada na qualidade de vida dos pacientes. Nesse sentido, há necessidade da atual rede privada, bem como os futuros *Cancer Center*, se articularem com serviços públicos que podem atender essas necessidades, como os de assistência social, apoio econômico e reabilitação das incapacidades específicas para essa emergente população^{25,26}.

Para que esses aspectos mais amplos sejam contemplados, além do reconhecimento social sobre o problema e o aprimoramento da capacidade gerencial, faz-se necessário compreender e aprimorar os modelos de financiamento das instituições. Os desafios da atenção ao paciente oncológico esbarram nos custos crescentes do tratamento, principalmente em face da incorporação de novas drogas antineoplásicas e tecnologias³¹. Em 2015, o custo direto do câncer no Brasil foi estimado em cerca de 12 bilhões de dólares³².

Apesar de diferir sobre alguns aspectos, o financiamento da oncologia no âmbito público e privado no país se aproxima em outros. No SUS, as instituições habilitadas pelo Ministério da Saúde recebem repasse por procedimento realizado e cadastrado nos sistemas de informações, respeitando os limites do teto local de financiamento e a Tabela de Procedimentos, medicamentos e Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS^{32,33}.

Os entrevistados destacaram que essa tabela não contempla, por vezes, a totalidade de procedimentos realizados pelas unidades. A inclusão de novos procedimentos ou medicamentos nessa tabela é resultado das recomendações formuladas por órgãos governamentais a partir do processo de Avaliação de Tecnologias em Saúde (ATS) e da Avaliação Econômica (AE), onde são observados o custo-benefício dessa incorporação e os limites financeiros para a mesma³.

Esse limite financeiro de recursos do SUS também foi objeto apresentado pelos entrevistados. Muito além da crise financeira, sabe-se da histórica contradição entre a ampliação do direito à saúde previsto no texto constitucional e a expansão das políticas neoliberais de redução do tamanho estatal no Brasil. Um exemplo é o congelamento de gastos em políticas sociais previstos pela Emenda Constitucional nº95, de 2016, que resulta em congelamento real das despesas totais do Governo Federal, e trará impacto negativo direto no financiamento do SUS³⁴.

O financiamento das ações e serviços do sistema privado também é baseado no repasse financeiro das operadoras de planos e seguros de saúde para os prestadores de serviço credenciados, baseado na produção de procedimentos. A fragmentação da rede assistencial e do cuidado na saúde suplementar traz elevados custos ao sistema que se materializam, por exemplo, no aumento de internações evitáveis e no número de recidivas nos serviços, em face à natureza das condições crônicas de saúde, prevalentes em nossa população⁵.

A relação entre a operadora e o prestador de serviço não é livre de conflitos, considerando o tipo de relação comercial entre essas empresas. Conforme os entrevistados, as operadoras tendem a se limitar ao rol de procedimentos obrigatórios definidos pela ANS, o que nem sempre atende à necessidade do paciente. Diante disso, houve a proposição de atuação junto à ANS para a ampliação do rol de procedimentos obrigatórios dos planos de saúde, o que poderá ser facilitado pela Lei nº14.307, de 2022, que diminui de 18 meses para 180 dias o prazo para avaliação de medicamentos e procedimentos na lista de coberturas obrigatórias dos planos de saúde³⁵.

Outro aspecto abordado nas entrevistas é a possibilidade de maior integração entre os sistemas público e privado para otimização da oferta de serviços para o sobrevivente. A destinação de vagas no setor privado para o setor público poderia ser uma alternativa para reduzir ociosidade de serviços privados, ao mesmo tempo em que reduz o tempo de espera por tratamento no público. Apesar da proposta apresentar coerência, na prática será necessária, novamente, a discussão a respeito das tabelas de procedimentos e medicamentos do SUS e seus valores repassados aos prestadores de serviço.

Por outro lado, outro aspecto dessa relação público-privada é o atendimento de pacientes com plano ou seguro de saúde pelo sistema público, sem o devido ressarcimento. Criado pelo artigo 32 da Lei nº 9.656/1998 e regulamentado pelas normas da ANS, o reembolso ao SUS é obrigação legal das operadoras de planos de saúde privados em eventuais atendimentos de seus beneficiários que estejam cobertos pelos planos. Apesar da previsão legal, ainda há necessidade de aprimoramento desse mecanismo, considerando que desde 2001, dos cerca de 8 bilhões de reais passíveis de ressarcimento, R\$ 6,84 bi foram efetivamente cobrados e apenas R\$ 4,67 bi foram pagos ou parcelados³⁶.

Por fim, cabe destacar, também, que os gestores entrevistados, públicos e privados, buscaram abordar a questão do financiamento sob a ótica de aumento de receita. Porém, não se pode negligenciar que as questões financeiras também podem, em parte, serem resolvidas por meio da redução dos custos. Para tanto, devem ser analisadas não apenas medidas gerenciais para barateamento de procedimentos, mas, principalmente, na própria organização do modelo de organização da rede de atenção discutido anteriormente, com ampliação das ações da atenção primária²⁸. Esse modelo, além de poder ter um efeito de capilarização de ações e serviços destinados aos sobreviventes, também podem apresentar melhor custo-efetividade.

Além disso, devem ser adotadas estratégias que visem a redução da incidência de alguns tipos de câncer, o que além de resultar em melhoria da qualidade de vida da população, pode impactar diretamente no custo do câncer para o país, conforme sinaliza pesquisa realizada pelo INCA³⁷.

A limitação desse estudo está relacionada ao limite de olhar de quatro gestores de unidades hospitalares de tratamento do câncer de dois municípios brasileiros. Porém, considerando a amplitude da temática discutida com cada um e as possibilidades metodológicas da pesquisa qualitativa, o estudo é considerado válido para uma perspectiva exploratória que poderia ser replicada em estudos de alcance regional ou nacional.

Considerações finais

A percepção ainda difusa e polissêmica apresentada pelos gestores a respeito da sobrevivência do câncer caracteriza parte da dificuldade de organização de ações para o enfrentamento desse emergente problema social em nosso país. A ausência de informações claras e de uma política pública que aborde diretamente essa temática e destine recursos para essa finalidade, também tem contribuído diretamente para essa situação.

Apesar de constituir um importante ponto de partida, a melhor conceituação sobre quem são os sobreviventes ao câncer deve ser acompanhada de uma melhor definição das responsabilidades entre os diferentes níveis de atenção em saúde nesse cuidado, do desenvolvimento de mecanismos para o aprimoramento das relações entre o setor saúde e demais setores envolvidos com as necessidades não clínicas dos sobreviventes, da adoção de modelos de financiamento que contemplem as crescentes necessidades desse público nos próximos anos e do aperfeiçoamento da relação entre os setores público e privado.

Com isso, espera-se que haja a otimização da utilização dos recursos disponíveis e, principalmente, o atendimento da integralidade das necessidades dos sobreviventes do câncer, de forma a garantir o seu direito à saúde e à qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

1. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Estimativa 2020: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2019. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/estimativa-2020-incidencia-de-cancer-no-brasil.pdf>. Acesso em: 16 fev 2023.
2. Brasil. Lei nº 8.080 de 19 de setembro 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União 1990; 19 set. Disponível em: https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=208299. Acesso em: 16 fev 2023.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Anexo IX da Portaria de consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017. Dispõe sobre a Política Nacional para Prevenção e Controle do Câncer. Diário Oficial da União. 2017; 3 out. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002_03_10_2017.html. Acesso em: 16 fev 2023.
4. QuintilesIMS. Alternativas para ampliação do acesso à saúde no Brasil: um estudo em oncologia. Ativaonline Editora e Indústria Gráfica: São Paulo; 2016. Disponível em: http://observatoriodeoncologia.com.br/outros_estudos/ALTERNATIVAS.pdf. Acesso em: 16 fev 2023.
5. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Caderno de informação da saúde suplementar: beneficiários, operadoras e planos. Rio de Janeiro: ANS; 2019. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/arquivos/aceso-a-informacao/perfil-do-setor/dados-e-indicadores-do-setor/informacoes-gerais/total-cad-info-jun-2019.pdf>. Acesso em: 16 fev 2023.
6. Jacobs LA, Shulman LN. Follow-up care of cancer survivors: challenges and solutions. *Lancet Oncol.* 2017;18(1):e19-e29. DOI: 10.1016/S1470-2045(16)30386-2.
7. Mayer DK, Nasso SF, Earp JA. Defining cancer survivors, their needs, and perspectives on survivorship health care in the USA. *Lancet Oncol.* 2017;18(1):e11-e18. DOI: 10.1016/S1470-2045(16)30573-3.
8. Zebrack B. A Patient-Centered Perspective on Cancer Survivorship. *J Pers Med.* 2015;5(2):91-5. DOI: 10.3390/jpm5020091.
9. International Agency for Research on Cancer. Brazil Source: GLOBOCAN 2018. Lyon: IARC; 2018. Disponível em: <https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/populations/76-brazil-fact-sheets.pdf>. Acesso em: 16 fev 2023.
10. Giles G. How important are estimates of cancer prevalence? *Ann Oncol.* 2002;13(6):815-6. DOI: 10.1093/annonc/mdf204.

11. McCabe MS, Bhatia S, Oeffinger KC, Reaman GH, Tyne C, Wollins DS, et al. American Society of Clinical Oncology statement: achieving high-quality cancer survivorship care. *J Clin Oncol*. 2013;31(5):631-40. DOI: 10.1200/JCO.2012.46.6854.
12. Santos ATC, Silva RP, Almeida LM, Bosi MLM, Menezes MFB, Skaba MMVF, et al. Cancer survivorship needs in Brazil: Patient and family perspective. *PLoS ONE*. 2020;15(10):e0239811. DOI: 10.1371/journal.pone.0239811.
13. Bosi MLM, Mercado FJ. Pesquisa qualitativa de programas de saúde. Petrópolis: Vozes; 2010.
14. Pope C, Mays N. Qualitative research in health care. London: Blackwell Publishing; BMJ Publishing Group; 2006.
15. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Cidades@. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/>. Acesso em: 16 fev 2023.
16. Malterud K, Siersma VD, Guassora AD. Sample Size in Qualitative Interview Studies: Guided by Information Power. *Qual Health Res*. 2016;26(13):1753-60. DOI: 10.1177/1049732315617444.
17. Aronson J. A Pragmatic View of Thematic Analysis. *Qual Rep*. 1995;2(1):1-3. DOI: 10.46743/2160-3715/1995.2069.
18. Boyatzis RE. Transforming qualitative information: thematic analysis and code development. Thousand Oaks, CA: Sage; 1998.
19. Souza VR, Marziale MH, Silva GT, Nascimento PL. Tradução e validação para a língua portuguesa e avaliação do guia COREQ. *Acta Paul Enferm*. 2021;34:eAPE0263. DOI: 10.37689/acta-ape/2021AO02631.
20. The Economist Intelligence Unit. Cancer survivorship country profile Brazil. 2017. Disponível em: <https://worldcancerinitiative.economist.com/pdf/BMS-Global-cancersurvivorship/Brazil.pdf>. Acesso em: 16 fev 2023.
21. Mullan F. Seasons of survival: reflections of a physician with cancer. *N Engl J Med*. 1985;313(4):270-3. DOI: 10.1056/NEJM198507253130421.
22. Doyle N. Cancer survivorship: evolutionary concept analysis. *J Adv Nurs*. 2008;62(4):499-509. DOI: 10.1111/j.1365-2648.2008.04617.x.
23. Shapiro CL. Cancer Survivorship. *N Engl J Med*. 2018;379(25):2438-50. DOI: 10.1056/NEJMra1712502.
24. Tralongo P, McCabe MS, Surbone A. Challenge for Cancer Survivorship: Improving Care Through Categorization by Risk. *J Clin Oncol*. 2017;35(30):3516-7. DOI: 10.1200/JCO.2017.74.3450.

25. Maher J, Petchey L, Greenfield D, Levitt G, Moira F. Implementation of nationwide cancer survivorship plans: Experience from the UK. *J Cancer Policy*. 2018;15(B):76-81. DOI: 10.1016/j.jcpo.2018.01.002.
26. Hewitt M, Greenfield S, Stovall E. *From Cancer Patient to Cancer Survivor: Lost in Transition*. Institute of Medicine and National Research Council. Washington, DC: National Academies Press; 2005. Disponível em: <https://nap.nationalacademies.org/read/11468/chapter/1#xii>. Acesso em: 16 fev 2023.
27. Oliveira RAA, Conceição VM, Araujo JS, Zago MMF. Concept analysis of cancer survivorship and contributions to oncological nursing. *Int J Nurs Pract*. 2018;24(1):e12608. DOI: 10.1111/ijn.12608.
28. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2010;15(5):2297-305. DOI: 10.1590/S1413-81232010000500005.
29. Maia FO. Serviços Assistenciais ao Paciente Oncológico no Âmbito do Sistema Único de Saúde-SUS. *Rev Extensão da UNIVASF*. 2019;7(1):86-107. Disponível em: <https://www.periodicos.univasf.edu.br/index.php/extramuros/article/view/941/689>. Acesso em: 16 fev 2023.
30. Vincent SP. Educação permanente: componente estratégico para a implementação da política nacional de atenção oncológica. *Rev Bras Cancerol*. 2007;53(1):79-85. DOI: 10.32635/2176-9745.RBC.2007v53n1.1833.
31. Agência Nacional de Saúde Suplementar. *Projeto Oncorede: a (re)organização da rede de atenção oncológica na saúde suplementar*. Rio de Janeiro: Agência Nacional de Saúde Suplementar; 2016. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/arquivos/assuntos/gestao-em-saude/projeto-oncorede/final-publicacao-oncorede3-pdf>. Acesso em: 16 fev 2023.
32. Siqueira ASE, Goncalves JG, Mendonca PEX, Merhy EE, Land MGP. Economic Impact Analysis of Cancer in the Health System of Brazil: Model Based in Public Database. *Health Sci J*. 2017;11:1-8. DOI: 10.21767/1791-809X.1000514.
33. Gomes HMS, Nascimento JCHB, Sousa ARC, Almeida ANM. Gastos do Sistema Público de Saúde com Tratamento em Oncologia. *RAHIS*. 2021;18(2):74-89. DOI: 10.21450/rahis.v18i2.6877.
34. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. *Os Impactos do Novo Regime Fiscal para o Financiamento do Sistema Único de Saúde e para a Efetivação do Direito à Saúde no Brasil*. Brasília: IPEA; 2016. Disponível em: https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/7270/1/NT_n28_Disoc.pdf. Acesso em: 16 fev 2023.
35. Brasil. Lei nº 14.307 de 03 de março de 2022. Altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, para dispor sobre o processo de atualização das coberturas no âmbito da saúde suplementar. *Diário Oficial da União*. 2022; 3 mar. Disponível em:

<https://www.in.gov.br/web/dou/-/lei-n-14.307-de-3-de-marco-de-2022-383559194>. Acesso em: 16 fev 2023.

36. Pereira SSS. Ressarcimento ao SUS pelas operadoras de planos privados: uma política de regulação na Saúde Suplementar [tese]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca/Fundação Oswaldo Cruz; 2021. Disponível em: https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/handle/icict/50723/silvana_souza_silva_pereira_ensp_dout_2021.pdf?sequence=2&isAllowed=y. Acesso em: 16 fev 2023.
37. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Gastos federais atuais e futuros com os cânceres atribuíveis aos fatores de risco relacionados à alimentação, nutrição e atividade física no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2022. Disponível em: https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//lo_inca_sumario-executivo_rev06-reduzido_periodoeleitoral.pdf. Acesso em: 16 fev 2023.

O papel dos movimentos sociais para enfrentamento das arboviroses

Social movements role to combat arbovirolosis

El papel de los movimientos sociales para combatir la arbovirolosis

Felipa Rafaela Amadigi¹

<https://orcid.org/0000-0003-1480-1231>

Gabriela Falconi Vieira Gonçalves²

<https://orcid.org/0000-0003-1020-3525>

Luiza Sheyla Evenni Porfírio Will Castro³

<https://orcid.org/0000-0003-2988-2230>

Cristianne Maria Famer Rocha⁴

<https://orcid.org/0000-0003-3281-2911>

Rosani Ramos Machado⁵

<https://orcid.org/0000-0001-8287-4171>

Vitoria Davi Marzola⁶

<https://orcid.org/0000-0003-3744-6711>

Ana Valéria Machado Mendonça⁷

<https://orcid.org/0000-0002-1879-5433>

RESUMO

Contextualização: As arboviroses são doenças causadas por arbovírus, ou seja, vírus que são transmitidos aos hospedeiros (geralmente, mosquitos e carrapatos) e deles para humanos, através da picada. Essas doenças são motivos de grandes preocupações em saúde pública mundial e, dentre os arbovírus mais importantes para a saúde humana, estão os transmitidos por insetos (culicídeos), especialmente dos gêneros *Culex* e *Aedes*. **Objetivo:** Conhecer as percepções e práticas dos movimentos sociais frente o combate às arboviroses (Dengue, Zika

¹ Doutora em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Florianópolis, Santa Catarina, Brasil.

² Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Florianópolis, Santa Catarina, Brasil.

³ Doutora em Bioquímica. Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Florianópolis, Santa Catarina, Brasil.

⁴ Doutora em Educação. Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.

⁵ Doutora em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Florianópolis, Santa Catarina, Brasil.

⁶ Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Florianópolis, Santa Catarina, Brasil.

⁷ Doutora em Ciências da Informação. Universidade de Brasília (UnB), Brasília, Distrito Federal, Brasil.

e Chikungunya). **Metodologia:** Trata-se de uma pesquisa qualitativa descritiva exploratória, que teve como participantes 8 lideranças comunitárias dos bairros com maior número de focos do *Aedes*, na cidade de Florianópolis, SC. Os dados foram levantados por entrevistas semiestruturadas realizadas em formato online, via Google Meet, e analisadas segundo a técnica do discurso do sujeito coletivo (aprovada pelo CEP-UnB, Parecer: 3.171.817, CAAE: 75119617.2.0000.0030). **Resultados:** Os resultados foram organizados em 4 categorias temáticas: Reconhecimento das arboviroses como um problema de saúde pública, Atividades desenvolvidas pelos movimentos no enfrentamento das arboviroses, Ações partilhadas com a unidade de saúde, e Desafios ao enfrentamento das arboviroses. Observou-se que os participantes apresentaram conhecimento satisfatório acerca da temática das arboviroses. Foram identificadas algumas fragilidades, tais como a precariedade de fiscalização por parte do setor público e a baixa participação popular em ações de educação e combate às arboviroses. **Conclusão:** Os resultados apontam satisfatório conhecimento por parte das lideranças e apresentam vontade de aprimoramento das ações desenvolvidas pelas mesmas junto à comunidade contra o vetor das arboviroses.

Palavras-chave: Arboviroses; Comunicação; Educação em Saúde; Enfermagem; Movimentos Sociais.

ABSTRACT

Background: Arboviruses are diseases caused by arboviruses, that is, viruses that are transmitted to hosts (generally, mosquitoes and ticks) and from them to humans, through the bite. These diseases are reasons of major concern in public health worldwide and, among the most important arboviruses for human health, are those transmitted by insects (culicidae), especially those of the *Culex* and *Aedes* genera. **Aim:** To know the perceptions and practices of social movements in the engagement against arboviruses (Dengue, Zika and Chikungunya). **Methodology:** This is an exploratory descriptive qualitative research, which had as participants 8 community leaders from the neighborhoods with the highest number of *Aedes* outbreaks, in the city of Florianópolis, SC. Data were collected through semi-structured interviews carried out in online format, via Google Meet, and analyzed according to the technique of collective subject discourse (approved by CEP-UnB, under number: 3,171,817, CAAE: 75119617.2.0000.0030). **Results:** The results were organized into 4 thematic categories: Recognition of arboviruses as a public health problem, Activities developed by movements in the fight against arboviruses, Shared actions with the health unit, and Challenges in facing arboviruses. It was observed that the participants presented satisfactory knowledge about the arboviruses theme. Some weaknesses were identified, such as the precariousness of inspection by the public sector and the low popular participation in education and combating arboviruses. **Conclusion:** The results point to satisfactory knowledge on the part of the leaders and show a desire to improve the actions developed by them with the community against the vector of arboviruses.

Keywords: Arboviruses; Communication; Health education; Nursing; Social movements.

RESUMEN

Antecedentes: Los arbovirus son enfermedades causadas por arbovirus, es decir, virus que se transmiten a los hospedadores (generalmente, mosquitos y garrapatas) y de éstos a los humanos, a través de las picaduras. Estas enfermedades son motivo de gran preocupación en

la salud pública mundial y, entre los arbovirus más importantes para la salud humana, se encuentran los transmitidos por insectos (culicidae), especialmente de los géneros *Culex* y *Aedes*. **Objetivo:** Conocer las percepciones y prácticas de los movimientos sociales en la lucha contra los arbovirus (Dengue, Zika y Chikungunya). **Metodología:** Se trata de una investigación cualitativa descriptiva exploratoria, que tuvo como participantes 8 líderes comunitarios de los barrios con mayor número de brotes de *Aedes*, en la ciudad de Florianópolis, SC. Los datos fueron recolectados a través de entrevistas semiestructuradas realizadas en línea, a través de Google Meet, y analizados utilizando la técnica del discurso del sujeto colectivo (aprobado por CEP-UnB, Dictamen: 3.171.817, CAAE: 75119617.2.0000.0030). **Resultados:** Los resultados se organizaron en 4 categorías temáticas: Reconocimiento de los arbovirus como problema de salud pública, Actividades desarrolladas por los movimientos para combatir los arbovirus, Acciones compartidas con la unidad de salud y Desafíos para combatir los arbovirus. Se observó que los participantes tenían conocimientos satisfactorios sobre el tema de los arbovirus. Se identificaron algunas debilidades, como la precariedad de la fiscalización por parte del sector público y la baja participación popular en las acciones de educación y combate a los arbovirus. **Conclusión:** Los resultados indican conocimientos satisfactorios por parte de los líderes y muestran voluntad de mejorar las acciones desarrolladas por ellos con la comunidad contra el vector de arbovirus.

Palabras clave: Arbovirus; Comunicación; Educación para la salud; Enfermería; Movimientos sociales.

Introdução

Os arbovírus, causadores de doenças conhecidas como arboviroses, são vírus que se espalham entre humanos através da picada de artrópodes sugadores de sangue, como os mosquitos ou carrapatos. Essas doenças são causa de grande preocupação para a saúde pública mundial. As arboviroses mais importantes com relação a prejuízos à saúde são transmitidas pelo mosquito *Culicidae*, principalmente *Culex* e *Aedes*, embora também existam arboviroses transmitidas por outros artrópodes como Flebotomíneos e carrapatos¹.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) destaca que a dengue é a principal arbovirose que afeta o ser humano, sendo considerada uma importante questão de saúde pública, principalmente nos países em desenvolvimento como o Brasil. Por todo o continente americano, circulam quatro sorotipos do vírus da dengue (DENV-1, DENV-2, DENV-3 e DENV- 4), o que aumenta ainda mais a probabilidade de contrair a doença, devido ao aumento da incidência de infecção por qualquer sorotipo circulante na região². O panorama epidemiológico nacional mostra que as arboviroses mais circulantes são dengue, chikungunya, zika, febre amarela urbana, dentre outras arboviroses com alto potencial de transmissão nacional. É importante ressaltar que apenas as fêmeas adultas de *Aedes aegypti* são as transmissoras e, assim, as causadoras dessas doenças. Essas epidemias têm impacto na morbimortalidade, portanto, epidemias disseminadas afetam grandes populações. Nesse cenário, as arboviroses apresentam efeitos exacerbados, envolvendo casos graves e impacto nos serviços de saúde, principalmente na ausência de tratamentos específicos, programas de imunização em massa e medidas efetivas de prevenção e controle¹.

Vale ressaltar que o Brasil possui uma precária infraestrutura de saneamento básico, o que aumentam as chances de transmissão de arboviroses; outro fator importante é o difícil acesso à água potável em algumas partes do país, exigindo, portanto, o armazenamento da água em tanques ou mesmo em recipientes improvisados temporários, constituindo, assim, criadouros propícios para o mosquito *Aedes aegypti*. Neste caso, as arboviroses estão associadas tanto à falta de informação e educação em saúde da população, quanto à infraestrutura urbana instável ou mesmo inexistente, o que onera o sistema público de saúde³.

Para combater efetivamente as arboviroses, é de fundamental importância a participação de movimentos sociais, com o intuito de reforçar ainda mais a participação popular nas ações de controle e combate aos mosquitos vetores, pois através da pactuação entre a população e os órgãos públicos há possibilidades de planejamento e engajamento de

campanhas educativas efetivas que tenham impacto positivo na prevenção e controle da dengue⁴.

Os efeitos de uma campanha educacional efetiva para redução de criadouros de *A. aegypti* são de um papel fundamental na educação em saúde e concluem que a mesma tem uma efetividade superior aos produtos químicos em relação à redução dos criadouros do mosquito, principalmente porque gera sustentabilidade por meio da criação e permanência de novos hábitos⁵.

Deste modo, uma rede integrada de saúde-educação-população possibilita a formação de uma poderosa rede de combate às arboviroses, tendo como base de articulação os serviços de saúde e os movimentos sociais, e como elos importantes os agentes comunitários de saúde.

Portanto, o objetivo deste trabalho foi compreender as percepções e práticas dos movimentos sociais em relação às arboviroses no município de Florianópolis, Santa Catarina.

Metodologia

Trata-se de estudo descritivo exploratório com abordagem qualitativa. O cenário do estudo foi o município de Florianópolis, capital de Santa Catarina. Os participantes do estudo foram representantes dos movimentos sociais dos bairros com maior número de focos do mosquito *Aedes*, segundo boletim informativo de dezembro de 2021, elaborado pelo Centro de Controle de Zoonoses, da Prefeitura Municipal de Florianópolis (CCZ, PMF). O critério de inclusão utilizado foi: pertencer a movimento social com atuação em bairros com maior número de focos de *Aedes aegypti*. Participaram 8 representantes de movimentos sociais.

A coleta de dados foi realizada através de entrevistas semiestruturadas, em ambiente online, via Google Meet, as quais foram gravadas e transcritas. Durante a entrevista, foi realizada a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), que foi enviado aos participantes de forma digital. A coleta de dados foi realizada entre os meses de janeiro a junho de 2022.

Os dados foram analisados de acordo com o método do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) através das respostas apresentadas durante as entrevistas. Essa metodologia se utiliza das representações sociais e do senso comum apontados na manifestação, fala e posicionamentos de um indivíduo⁶. Desta forma, o DSC torna possível agrupamentos de pensamentos, ideias e/ou opiniões individuais sobre um assunto em específico. Com a utilização deste método, obtém-se uma opinião coletiva construída através de respostas

individuais. A análise dos resultados originou 4 categorias temáticas: Reconhecimento das arboviroses como um problema de saúde pública, Atividades desenvolvidas pelos movimentos no enfrentamento das arboviroses, Ações partilhadas com a unidade de saúde, e Desafios ao enfrentamento das arboviroses.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde (CEP/FS) da Universidade de Brasília - UnB, da Pesquisa intitulada “ArboControl: Gestão da informação, educação e comunicação no controle das arboviroses dengue, zika e chikungunya”, Parecer no 3.171.817, CAAE: 75119617.2.0000.0030 e obedeceu aos aspectos éticos que envolvem a pesquisa com seres humanos, conforme preconizado pela Resolução nº466/12 do Conselho Nacional de Saúde⁷.

Resultados

Os movimentos sociais são importantes atores nas ações de saúde na comunidade, em especial ações que precisam ser realizadas sistematicamente, como é o caso do enfrentamento das arboviroses. A seguir, apresentaremos os resultados obtidos a partir das entrevistas, que foram organizados na forma de caracterização dos participantes, seguido das categorias temáticas:

Caracterização dos participantes

Os participantes desta pesquisa foram lideranças do movimento social do município de Florianópolis. As idades variaram de 24 e 63 anos, sendo que 100% das pessoas residem no bairro de sua entidade, 50% possuem ensino superior, 37,5% possuem ensino médio completo e 12,5% possuem ensino superior incompleto, tendo como tempo de atuação no movimento social entre 2 e 12 anos.

Reconhecimento das arboviroses como um problema de saúde pública

No que tange à temática das arboviroses, os participantes reconhecem o mosquito (*Aedes aegypti*) como um fator de risco à saúde e demonstraram conhecimento da presença de

focos em seus respectivos bairros; contudo, os discursos revelaram que eles não imaginavam a possibilidade de uma epidemia de dengue na cidade (DSC1 e DSC2).

“Sim, há anos a gente ouve falar da dengue. Nas reuniões da entidade, nos boletins epidemiológicos da vigilância. Nas nossas reuniões, tem a apresentação dos dados da unidade de saúde... então sempre é falado um pouco sobre isso também. Todos os bairros têm, uns têm mais, outros tem menos. Eu tenho conhecimento de que algumas regiões tiveram essa questão, não um foco muito grande, mas um foco pequeno que foi sanado, resolvido. Nesses dois anos (de pandemia), a vigilância já passou uma vez, eles não têm um contingente suficiente para fazer essas visitas. Tento cuidar o máximo possível para não contribuir com os mosquitos, mas não adianta se as pessoas não fizerem, não olharem seus terrenos...” (DSC1)

“A gente não imaginava que fosse dar uma epidemia aqui em Florianópolis, pensava que era lá para o Rio de Janeiro, para aquela região lá...” (DSC2)

Apesar de reconhecer o mosquito como vetor, há falas revelando ainda a pouca divulgação do nome científico, *Aedes aegypti*, e da possibilidade de transmissão de outras doenças.

“Essa é uma temática que ouço desde o meu tempo de escola, nessas divulgações do governo sempre se falava muito do mosquito da Dengue, não se falava muito como Aedes Aegypti, que ele transmite outras doenças não, somente a dengue. A zika quando deu o "Boom" das crianças com microcefalia e a chikungunya é a que menos se ouve falar dessas três”. (DSC3)

Para os participantes, apesar da grande mídia, as informações relevantes sobre a temática são na maioria das vezes obtidas através do Centro de Saúde e do Conselho Local de Saúde (CLS).

“Por todos os meios, principalmente em contato com o pessoal lá do centro de saúde. Os membros do conselho local são ‘os segundos’ a tomar conhecimento, primeiro a própria equipe da saúde através do controle de fiscalização específico. Então, se participa no conselho local já fica sabendo. Na reunião, quando tomamos conhecimento, já se desencadeia atividades para divulgação e até mesmo a parte preventiva (limpeza)”. (DSC4)

Atividades desenvolvidas pelos movimentos no enfrentamento das arboviroses

Na perspectiva das ações desenvolvidas pelos movimentos para o controle do mosquito, os participantes mencionam ter momentos de conversa com os moradores, em parceria com a Vigilância Epidemiológica (VE), e ações no bairro de disseminação de informações (DSC5 e DSC6).

“A gente sempre trocava uma ideia com os moradores de como fazer para ajudar nesse sentido. A gente faz campanhas na comunidade de divulgação, de conscientização das pessoas, para não acumularem lixo, vasinho com água... O Conselho Municipal forneceu folders para que fosse repassado informações sobre o Aedes aegypti, para que fosse esclarecido a respeito do mosquito, de como ele se reproduz, de como ele é, e que ele pode estar às vezes nos lugares onde as pessoas não pensam que ele está”. (DSC5)

“Antes da pandemia, a Vigilância Epidemiológica fez um trabalho para mostrar a situação em cada bairro, para ter uma ideia de como está toda a cidade. Agora, com o retorno das atividades, deve-se voltar a ter uma ideia de como é que está novamente a situação dos bairros e da cidade. Importante retornar o projeto, a Vigilância contacta o Centro de Saúde e solicita uma reunião para tratar da Dengue”. (DSC6)

As lideranças pontuaram uma questão importante com relação à distribuição dos materiais digitais, tendo como objetivo o maior alcance da população e a parceria com a Unidade Básica de Saúde (UBS) e o baixo custeio de produção e distribuição desse material (DSC7).

“A proposta é aumentar a divulgação de materiais dentro da unidade de saúde e pelo WhatsApp das equipes, assim a distribuição do material é muito maior e também é uma forma de diminuição de produção de resíduos como o papel. É uma forma mais acessível financeiramente e não tem gastos de impressão. Não tem problema colocar avisos, cartazes... essas coisas a gente sempre está à disposição para fazer.” (DSC7)

Por outro lado, indicaram também a preocupação sobre a realização de eventos no período da pandemia pela covid-19, o que ainda é um potencial fragilizador, na interpretação de uma das lideranças participantes, para a realização de atividades e ações presenciais (DSC8).

“Talvez, pois tudo depende de como ficará com relação à pandemia, mas sem planejamento até o momento.” (DSC8)

Ações partilhadas com a unidade de saúde

Sobre a interação entre a unidade básica de saúde e os movimentos sociais, as lideranças têm na unidade um local de aporte de orientação e informação segura sobre a temática da dengue (DSC9).

“Nas unidades, sempre tem folders a respeito disso, a unidade de saúde vai nas escolas também e realiza atividades a respeito disso também. É pelo Programa de Saúde na Escola. Então, a gente sempre tem na escola também essa parte.” (DSC9)

Na atual situação de saúde pública em que o mundo se encontra, a fala dos participantes com relação à baixa divulgação de materiais e ações a respeito da dengue e demais arboviroses tem sido percebido como uma grande perda, por prejudicar o combate à dengue (DSC10).

“Nesse momento, a unidade tem compartilhado material mais relacionado à covid-19. Mais para frente, será necessário estabelecer um apoio novamente para dengue.” (DSC10)

Desafios ao enfrentamento das arboviroses

A dengue, assim como as outras arboviroses, tem impacto importante na saúde pública e, historicamente, exige atenção e empenho para o seu combate e controle. Frente ao exposto, as lideranças foram questionadas em relação aos desafios no combate das arboviroses e pontuaram, de forma concisa, a fragilidade de atuação do poder público em relação ao apoio e investimento nas ações de combate (DSC11).

“A atuação do serviço de saúde poderia ser mais ampla e intensificada, mas infelizmente com a questão da pandemia da covid-19, acaba ficando para trás as demais demandas de saúde. Há uma quantidade pequena de agentes de endemias em Florianópolis, a fiscalização também acaba sendo pouco efetiva e, juntando com a baixa investida na

conscientização e divulgação de materiais sobre a dengue, isso tudo acaba por prejudicar bastante na atuação da unidade e na luta contra a dengue.” (DSC11)

Outros participantes pontuam a atuação da Vigilância Sanitária:

“A vigilância só atua de verdade quando há um risco iminente de infestação. Quando o bairro já está crítico, a vigilância vem e chama a unidade e os movimentos para atuar na conscientização. Mas não é uma atuação tão forte, não é contínua.” (DSC12)

No que diz respeito ao enfrentamento, mencionam a importância da educação de base, ações em escolas e de forma a alcançar todos da comunidade. A educação como forma de prevenção (DSC13).

“Entra no quesito educação da população. As pessoas não têm educação. Você vê em terreno baldio, pneu, geladeira, fogão, vê carro abandonado, tudo isso é foco de mosquito. Então, se a gente trabalhar lá no iníciozinho nas creches nas escolas... vai estar prevenindo.” (DSC13)

Ainda referente aos desafios e enfrentamentos, os participantes mencionam a importância de capacitação e atualização dos profissionais de saúde que realizam os atendimentos à população (DSC14).

“Nas reuniões da unidade básica, sempre se discute o aumento de casos. Aí é importante pensar na importância da capacitação dos profissionais, no cuidado que tem que ter ao examinar o paciente” (DSC14).

Discussão

Os resultados alcançados permitem notar o conhecimento das lideranças sobre a temática das arboviroses, principalmente no que se refere à dengue, como mencionado do DSC1.

O domínio das necessidades que as lideranças têm referentes às suas comunidades corrobora com o que apresenta Gerschman⁸, que considera o Movimento Popular em Saúde (MPS) um eixo de atuação fundamental na luta e construção das políticas de saúde, por, justamente, apresentar grande conhecimento das demandas e necessidades de suas áreas de atuação, e quando se tem esse domínio, isso permite uma atuação e mobilização com relação à busca por melhorias, o que aumenta a visibilidade e percepção do que é clamado pelas entidades de luta e representação, como nos conselhos locais de saúde, e assim, o poder público é “pressionando” a olhar para essa comunidade.

Mesmo que por muitos anos a pauta da dengue tenha estado nas agendas de debates de saúde pública, é uma surpresa, segundo os participantes, estarmos vivenciando uma epidemia no município, como mencionado no DSC2. A dengue tem gerado epidemias em diversas regiões tropicais, apresentando um padrão de intervalos de 10 a 40 anos, que nos últimos 15 anos vem se intensificando e se propagando pelos países tropicais do sul do Pacífico, África Oriental e América Latina de forma rápida e intensa⁹.

Os participantes apresentam uma fragilidade em relação às atividades de divulgação por parte do poder público, quando pouco se fala que o *Aedes aegypti* também é um vetor importante de outras arboviroses como a zika e a chikungunya (DSC3). A efetiva ação contra o mosquito *Aedes aegypti* vem através das ações de campanhas de educação em saúde, onde é possível a disseminação de informação segura às comunidades sobre a doença e, principalmente, formas de combatê-la, através do uso das mídias publicitárias, campanhas nacionais, regionais e locais¹⁰.

A importância da participação, em conjunto com a UBS, no combate à dengue, é vista pelas lideranças como uma das principais ações em prol da comunidade. Como mencionado no DSC4 e DSC9, a principal fonte de informação sobre combate e prevenção vem da UBS, através do CLS, em parceria com a Vigilância Epidemiológica.

De acordo com Colazo¹¹, a UBS tem um papel fundamental no controle da dengue, desenvolvendo ações de promoção, prevenção e atenção ao doente. As equipes devem desempenhar atividades relacionadas à educação em saúde, observação dos domicílios e espaço comunitário e orientar sobre a remoção e destruição de possíveis criadouros do mosquito.

Diferentes tecnologias têm sido desenvolvidas e utilizadas como alternativas viáveis e sustentáveis no controle do *Aedes aegypti*, utilizando-se diferentes mecanismos de ação, como mídias sociais, grupos de *WhatsApp*, folders digitais e encontros para disseminação de conteúdo acessível à população para auxílio do controle populacional dos mosquitos. Tais afirmações estão presentes nas colocações dos participantes nos DSC5, DSC6 e DSC7, onde é possível observar a importância de redes de comunicação com cada membro da comunidade de forma acessível. Segundo autores³ não pode haver cidadania por completo sem que haja apropriação por parte dos sujeitos das tecnologias da informação e da comunicação, portanto, a integração destas mídias aos processos educacionais em todos os níveis e modalidades é fundamental.

A fala de alguns participantes, frente à pandemia da covid-19, valorizava o uso dos meios digitais para manter o distanciamento social, que visa a segurança coletiva, conforme mencionado no DSC8. Em acordo, o Conselho Nacional de Saúde recomenda o distanciamento físico como uma das medidas não farmacológicas de prevenção e controle da pandemia, sendo assim uma importante medida a ser pensada¹².

Ainda, em relação à situação emergencial da pandemia no país, a priorização da covid-19 repercutiu em uma notória redução na divulgação e fiscalização por parte do poder público sobre a dengue. A percepção das lideranças é que há uma grande perda, pois ao priorizar apenas a demanda da covid-19, abre precedente para o aumento considerável de focos de dengue futuramente. Conforme descrito no DSC10, se reconhece a necessidade de retomar as campanhas de mídia e rádio para conscientização da população, buscando prevenir futuras situações emergenciais.

Nesse sentido, a reorganização dos serviços de Atenção Primária de Saúde para, simultaneamente, enfrentar a epidemia e manter a oferta regular de suas ações, seja referente à dengue ou demais ofertas de serviços, é fundamental¹³. E reforça que, mesmo diante das fragilidades de atuação das equipes, a Estratégia Saúde da Família (ESF) é o modelo mais adequado por seus atributos de responsabilidade territorial e orientação comunitária, para apoiar as populações, pois é preciso manter o contato e o vínculo das pessoas com os profissionais, responsáveis pelo cuidado à saúde¹³.

Logo, a responsabilidade do poder público em buscar ações, juntamente com os movimentos sociais, que efetivamente possibilitem o combate à dengue é indispensável. Nos DSC11 e DSC12, as fragilidades de ações por parte do poder público e dos serviços de saúde aparecem como uma questão que deve ser fortalecida.

Mafra¹⁴ apresenta a responsabilidade do poder público no controle da dengue. Para o autor, o Estado concentra-se em políticas de mobilização social, convidando o cidadão a tornar-se um agente participativo na “guerra” contra a dengue, mas de contraponto deixa evidente o baixo empenho no seu dever de oferecer condições estruturais para o combate à doença, como oferecer saneamento básico e melhores condições de moradia, por exemplo.

O Programa Nacional de Controle da Dengue (PNCD), criado em 2002, cujas diretrizes baseiam-se no desenvolvimento de campanhas publicitárias para disseminação de informações e mobilização civil; fortalecimento da Vigilância Epidemiológica para detecção de surtos precoces, com a integração das ações de controle da doença associadas com os Programas de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e de Saúde da Família (PSF); e,

utilização de meios seguros para armazenamento de água e acompanhamento e supervisão das ações desenvolvidas e outros¹⁰.

O fortalecimento da VE não se é mais percebido, segundo o DSC12, pois eles mencionam a falta de atuação da vigilância nas suas atribuições. No entanto, é importante citar que, no mesmo DSC, apresentam como potencializador desta baixa atuação a quantidade de Agentes de Endemias, sendo insuficiente para cobrir toda a região do município.

Dentre as fragilidades apontadas nas entrevistas pelas lideranças, o quesito Educação entra em dois pontos importantes. No DSC13, está presente como uma ação básica, quando implementada nas escolas e creches do município, pois, conforme apontado, a educação de base se mostra uma estratégia forte na construção de uma rede comunitária de combate.

Apesar de alguns autores entenderem a Educação Popular como uma relação didática entre o conhecimento científico e o conhecimento popular, que oportuniza a livre participação e protagonismo das classes, na produção e utilização de seus saberes sobre si e sua saúde¹⁵, Marzochi¹⁶ defende a abordagem comunitária e multiprofissional para o controle da dengue; propõe intervenções na educação da população e controle do ambiente; com a população recebendo informações seguras e sendo estimulada a participar deste cuidado, no intuito de obter resultados mais duradouros.

No DSC14, a fala referente à educação se dá na ótica dos profissionais de saúde que estão na linha de frente dos atendimentos aos pacientes contaminados. Tendo em vista o potencial risco de estarem constantemente realizando atendimentos de diversas doenças que podem apresentar sinais e sintomas semelhantes, como por exemplo a covid-19; ambas podem apresentar dor de cabeça, febre, dores musculares. Esse DSC traz a importância da constante capacitação destes profissionais.

A Educação Popular em Saúde é fundamental e constitui um grande desafio, tanto para os gestores quanto para os profissionais de saúde, na busca de práticas que favoreçam as ações benéficas às necessidades reais da população. O processo de educação em saúde busca proporcionar um processo pedagógico que une os profissionais da saúde com a atenção integral à população, de forma dialógica, garantindo uma participação mais efetiva da comunidade para que a mesma participe deste processo¹⁷.

A proposta de educação aos trabalhadores de saúde tem sido considerada uma importante ferramenta na construção da competência do profissional, pois contribui para a organização do trabalho¹⁸. O principal desafio da Educação é estimular e contribuir para um empoderamento dos profissionais sobre seu contexto e da população.

Assim, as práticas para o controle do *Aedes aegypti* devem ser adotadas por toda a população; não basta que apenas uma pessoa isoladamente tenha acesso à informação e cuide de sua casa, é preciso que toda a comunidade faça a sua parte, pois basta um único foco para que o mosquito se espalhe por toda a localidade. Logo, o aumento de casos de dengue vai muito além da educação das pessoas de forma individual.

Considerações finais

O estudo demonstrou que os movimentos sociais possuem conhecimento sobre as arboviroses, com destaque para a dengue. Esses movimentos atuam como parceiros dos serviços de saúde, contudo, a pandemia de covid-19 é apontada como um dificultador na continuidade das ações de enfrentamento no município, seja pela suspensão temporária das atividades de rotina nos serviços (fiscalizações, oficinas nos bairros), ou pela redução da participação nos movimentos sociais.

O combate das arboviroses é essencial, visto que são consideradas uma importante questão de saúde pública, com epidemias que têm impacto na morbimortalidade. Nesse cenário, as arboviroses apresentam efeitos exacerbados, envolvendo casos graves e impacto nos serviços de saúde, e devido a ausência de tratamentos específicos, programas de imunização em massa e medidas efetivas de prevenção e controle se faz necessário o combate com auxílio dos movimentos sociais. Logo, ações de enfrentamento às arboviroses não podem ser negligenciadas, independente do contexto, sob o risco de ampliação dos focos dos mosquitos, aumento do número de casos e óbitos.

Apesar da limitação do estudo, por estar circunscrita à realidade de Florianópolis, os discursos das lideranças reforçam a importância da integração entre os movimentos, unidades de saúde e escolas para o enfrentamento das arboviroses.

REFERÊNCIAS

1. Donalisio MR, Freitas ARR, Von Zuben APB. Arboviroses emergentes no Brasil: desafios para a clínica e implicações para a saúde pública. *Rev Saúde Pública*. 2017;51(30):1-6. <https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2017051006889>
2. Andrade CWQ, Caldas LNM, Júnior AHSC. Ação popular contra a Dengue: educação em saúde em comunidade rural de Petrolina/PE. *Rev Ensino Ciênc Inov Saúde*. 2021;2(2):13-7. <http://recis.huunivasf.ebserh.gov.br/index.php/recis/article/view/157/54>
3. Barbosa JSD, Batista DL. As mídias sociais na educação. In: Colóquio Internacional. Eixo Temático 8 - Tecnologia, Mídias e Educação. São Cristóvão: UFS; 2011. p.1-14. <https://ri.ufs.br/bitstream/riufs/10374/3/25.pdf>
4. Sales FMS. Health education actions for the prevention and control of dengue fever: a study at Icaraí, Caucaia, Ceará State, Brazil. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2008;13(1):175-84. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232008000100022>
5. Passos ADC, Rodrigues EMS, Dal-Fabbro AL. A experiência do controle do Dengue em Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 1998;14:S123-8. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X1998000600011>
6. Lefevre F, Lefevre AMC. Discourse of the collective subject: social representations and communication interventions. *Texto Contexto Enferm*. 2014;23(2):502-7. <https://doi.org/10.1590/0104-07072014000000014>
7. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012. Brasília: Conselho Nacional de Saúde; 2012. <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>
8. Gerschman S. A Democracia Inconclusa: um estudo da Reforma Sanitária brasileira. 2nd ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2004. 272p. <https://doi.org/10.7476/9788575415375>
9. Borges SMAA. Importância epidemiológica do Aedes Albopictus nas Américas [dissertation]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2001. <https://doi.org/10.11606/D.6.2001.tde-01032002-131833>
10. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Diretrizes nacionais para prevenção e controle de epidemias de Dengue. Brasília: Ministério da Saúde; 2009. https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_prevencao_controle_dengue.pdf
11. Colazo MC. Ações intersetoriais com vistas à diminuição da incidência de Dengue no PSF Santana/Arraial D'Angola [monograph]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 2015. <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/6079.pdf>

12. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Ministério da Saúde. Recomendação nº 001, de 27 de janeiro de 2022. Brasília: Conselho Nacional de Saúde; 2022. <http://conselho.saude.gov.br/images/Resolucoes/2022/reco001.pdf>
13. Medina MG, Giovanella L, Bousquat AEM, Mendonça MHM, Aquino R. Atenção primária à saúde em tempos de covid-19: o que fazer? *Cad Saúde Pública*. 2020;36(8):e00149720. <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/static//arquivo/1678-4464-csp-36-08-e00149720.pdf>
14. Mafra RLM. Vestígios da Dengue no anúncio e no jornal: dimensões acontecimentos e formas de experiência pública na (da) cidade [thesis]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 2011. <https://repositorio.ufmg.br/handle/1843/BUOS-8PPLZ8>
15. Silva CMC, Meneghim MC, Pereira AC, Mialhe FL. Educação em saúde: uma reflexão histórica de suas práticas. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2010;15(5):2539-50. <https://www.scielo.br/j/csc/a/J4m8jxD5KNyDyzBsLKLpNvC/?lang=pt>
16. Marzochi KBF. Dengue endêmico: o desafio das estratégias de vigilância. *Rev Soc Bras Med Trop*. 2004;37(5):413-5. <http://dx.doi.org/10.1590/s0037-86822004000500009>
17. Falkenberg MB, Mendes TPL, Moraes EP, Souza EM. Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2014;19(3):847-52. <https://doi.org/10.1590/1413-81232014193.01572013>
18. Oliveira FMCSN, Ferreira EC, Rufino NA, Santos MSS. Educação permanente e qualidade da assistência à saúde: aprendizagem significativa no trabalho da enfermagem. *Aquichan*. 2011;11(1):48-65. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972011000100005&lng=en

ANEXO A

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

Autor 1 - Concepção do estudo, Coleta de dados, Análise e interpretação dos dados, Discussão dos resultados, Redação e/ou revisão crítica do conteúdo, Revisão e aprovação final da versão final.

Autor 2 - Concepção do estudo, Coleta de dados, Análise e interpretação dos dados, Discussão dos resultados, Redação e/ou revisão crítica do conteúdo, Revisão e aprovação final da versão final.

Autor 3 - Concepção do estudo, Análise e interpretação dos dados, Discussão dos resultados, Redação e/ou revisão crítica do conteúdo, Revisão e aprovação final da versão final.

Autor 4 - Discussão dos resultados, Redação e/ou revisão crítica do conteúdo, Revisão e aprovação final da versão final.

Autor 5 - Redação e/ou revisão crítica do conteúdo, Revisão e aprovação final da versão final.

Autor 6 - Redação e/ou revisão crítica do conteúdo, Revisão e aprovação final da versão final.

Autor 7 - Redação e/ou revisão crítica do conteúdo, Revisão e aprovação final da versão final.

Conhecimentos e atitudes sobre dengue, zika e chikungunya em municípios das cinco macrorregiões brasileiras

Knowledge and attitudes about dengue, zika and chikungunya in municipalities in the five brazilian macro-regions

Conocimientos y actitudes sobre dengue, zika e chikungunya em municípios de las cinco macrorregiones brasileñas

Juliana Santos Moreno¹

Luana Dias da Costa²

Cláudio Fortes Garcia Lorenzo³

Natália Fernandes de Andrade⁴

Ana Valéria Machando Mendonça⁵

RESUMO

Nos últimos anos, ocorreu um aumento da disseminação global das arboviroses devido a fatores como: aumento da população, urbanização descontrolada, aumento da temperatura e mudanças nos padrões de precipitação. No Brasil, o aumento da incidência deu-se, sobretudo, em dengue, zika e chikungunya. **Metodologia:** Realizou-se um estudo observacional de natureza quantitativa, visando-se analisar os Conhecimentos e Atitudes associados à prevenção dessas arboviroses nas comunidades de 15 municípios brasileiros durante o período de 2018 e 2019. **Resultados:** Os dados encontrados foram apresentados em duas partes: (1) dados sociodemográficos e questões relacionadas ao abastecimento de água e à coleta de lixo; (2) Conhecimentos e Atitudes sobre dengue, zika e chikungunya. Em todas as macrorregiões, mais de 90% dos participantes disseram ter coleta regular de lixo no bairro onde moram, demonstrando progresso quanto à destinação dos resíduos sólidos. **Considerações finais:** Os Conhecimentos não refletem em verdadeiras Atitudes, evidenciando certo descompasso entre

¹ Graduada em Saúde Coletiva pela Universidade de Brasília, UnB. Endereço postal: Campus Darcy Ribeiro – Gleba FS/FM. Sala CT 77/12, Asa Norte. CEP: 70.910-900 | Brasília/DF – Brasil Endereço eletrônico: morenojulianasantos@gmail.com

² Doutoranda em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Brasília. Mestre em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Brasília, UnB. Endereço eletrônico: luanadias02@gmail.com

³ Doutor em Ética Aplicada às Ciências Clínicas pela Universidade de Sherbrooke, Canadá. É professor adjunto do Departamento de Saúde Coletiva da Universidade de Brasília, UnB e do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva na mesma universidade. Endereço eletrônico: claudiolorenzo.unb@gmail.com

⁴ Doutoranda em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Brasília. Mestre em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Brasília, UnB. Endereço eletrônico: natalia.fandrades@gmail.com

⁵ Pós doutora em Comunicação em Saúde, pelo Centre de Recherche sur la Communication et la Santé (ComSanté), da Université du Québec à Montréal (UQAM). Professora Associada do Departamento de Saúde Coletiva, da Universidade de Brasília, UnB e do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva na mesma universidade. Coordenadora do Laboratório de Educação, Informação e Comunicação em Saúde (LabECoS). Endereço eletrônico: valeriamendonca@gmail.com

o que se conhece a respeito das doenças e os comportamentos desenvolvidos para o combate e a prevenção. Faz-se necessária a incorporação dos hábitos e dos comportamentos e a valorização dos conhecimentos das comunidades em projetos que tornem os sujeitos protagonistas de sua própria situação de saúde.

Palavras chave: Arboviroses; Conhecimento; Atitude; Prevenção de Doenças; Promoção da Saúde.

ABSTRACT

In recent years, there has been an increase in the global spread of arboviruses due to factors such as population growth, uncontrolled urbanization, rising temperatures, and changes in precipitation patterns. In Brazil, the rise in incidence has been particularly notable for dengue, zika, and chikungunya. **Methodology:** An observational study of a quantitative nature was conducted to analyze the Knowledge and Attitudes associated with the prevention of these arboviruses in communities across 15 Brazilian municipalities during the period of 2018 and 2019. **Results:** The data obtained were presented in two parts: (1) sociodemographic information and questions related to water supply and waste collection; (2) Knowledge and Attitudes regarding dengue, zika, and chikungunya. In all macro-regions, over 90% of the participants reported having regular waste collection in their neighborhoods, indicating progress in solid waste management. **Final considerations:** Knowledge does not necessarily translate into genuine Attitudes, highlighting a certain disconnect between understanding the diseases and the behaviors developed for their control and prevention. It is essential to incorporate habits, behaviors, and community knowledge into projects that empower individuals to take charge of their own health situation.

Keywords: Arboviruses; Knowledge; Attitude; Disease Prevention; Health Promotion.

RESUMEN

En los últimos años, ha habido un aumento en la propagación global de las arbovirosis debido a factores como el crecimiento de la población, la urbanización descontrolada, el aumento de las temperaturas y cambios en los patrones de precipitación. En Brasil, el aumento de la incidencia ha sido especialmente notable en el caso del dengue, el Zika y la chikungunya. **Metodología:** Se llevó a cabo un estudio observacional de naturaleza cuantitativa con el objetivo de analizar los Conocimientos y Actitudes asociados a la prevención de estas arbovirosis en comunidades de 15 municipios brasileños durante el período 2018 y 2019. **Resultados:** Los datos encontrados se presentaron en dos partes: (1) información sociodemográfica y preguntas relacionadas con el suministro de agua y la recolección de basura; (2) Conocimientos y Actitudes sobre el dengue, el Zika y la chikungunya. En todas las macrorregiones, más del 90% de los participantes informaron tener recolección regular de basura en sus vecindarios, lo que indica un progreso en la gestión de residuos sólidos. **Consideraciones finales:** Los Conocimientos no siempre se traducen en Actitudes genuinas, lo que destaca una cierta desconexión entre la comprensión de las enfermedades y los comportamientos desarrollados para su control y prevención. Es esencial incorporar hábitos, comportamientos y conocimientos comunitarios en proyectos que empoderen a las personas para que tomen el control de su propia situación de salud.

Palabras llave: Arbovirus; Conocimiento; Actitud; Prevención de Enfermedades; Promoción de la Salud.

Introdução

Nos últimos anos, ocorreu um aumento da disseminação global de arboviroses, principalmente entre países em desenvolvimento, devido a fatores como: crescimento demográfico exacerbado, urbanização descontrolada, aumento da temperatura e mudanças nos padrões de precipitação¹. No Brasil, essa disseminação incluiu, sobretudo, a dengue, a zika e a chikungunya, que se tornaram grandes problemas de saúde pública, devido a sua emergência e reemergência no país². Sabe-se que a transmissão ao homem em áreas urbanas ocorre através da picada do *Aedes aegypti*, mosquito de hábitos domésticos e diurnos, donde a participação da população na erradicação de focos domiciliares e peridomiciliares do vetor torna-se uma estratégia incontornável para o controle da doença. Clinicamente, a dengue, a zika e a chikungunya possuem sinais e sintomas semelhantes, podendo evoluir para quadros mais graves que envolvem hemorragias, distúrbios neurológicos, malformações fetais e sequelas motoras^{3,4,5}.

Mundialmente, o número de casos de dengue notificados à Organização Mundial da Saúde (OMS) aumentou mais de oito vezes nas últimas duas décadas. Há uma estimativa de que ocorram entre 100 e 400 milhões de infecções anualmente, embora 80% dos casos sejam classificados como leves e assintomáticos⁶. No Brasil, a dengue se apresenta como obstáculo desde a segunda metade da década de 1990, momento em que se percebe a dengue de maneira contínua no país, sendo os jovens adultos os principais atingidos pela doença desde sua reintrodução⁷. Em relação ao zika, a maior preocupação está na associação entre a infecção congênita pelo zika vírus e a microcefalia, movimento que começou a ganhar força, a partir de 2014, após a declaração da epidemia de microcefalia como Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional e Internacional pelo governo brasileiro e pela OMS, respectivamente⁸. A chikungunya, apesar de ser menos letal, é a que possui maior capacidade de se tornar crônica através da artralgia⁹. Nesse sentido, existe certa redução na qualidade de vida dos indivíduos acometidos pela doença devido à limitação dos movimentos na realização das atividades do cotidiano¹⁰. Dados recentes do Boletim Epidemiológico de monitoramento de arboviroses, do Departamento de Imunizações e Doenças Transmissíveis, da Secretaria de Vigilância em Saúde, do Ministério da Saúde (Deidt/SVS), até a Semana Epidemiológica 52 de 2022 ocorreram 1.450.270 casos prováveis de dengue no Brasil. Nesse mesmo período, ocorreram 174.517 casos prováveis de chikungunya. Com relação ao zika, até a Semana Epidemiológica 48 de 2022 foram identificados 9.204 casos prováveis no país¹¹.

Devido a esse cenário preocupante frente às arboviroses, a educação em saúde é vista como estratégia fundamental para ampliar os conhecimentos e práticas dos indivíduos. Para além disso, a fim de alcançar resultados mais eficazes, é importante reconhecer os métodos de prevenção e controle adotados pela população, bem como suas vivências em torno de seu contexto social, visto que na ausência de vacinas disponíveis e tratamentos específicos a única forma de controlar e eliminar a dengue, a zika e a chikungunya é evitando a proliferação do mosquito¹². Nesse sentido, as Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS), previstas no Sistema Único de Saúde desde 2006, a partir da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares, desenvolvem técnicas milenares e valorizam conhecimentos tradicionais para a promoção da saúde e bem-estar¹³. Em relação às arboviroses, uma dessas técnicas está relacionada ao uso de plantas medicinais para a prevenção da picada do mosquito.

As arboviroses, portanto, não devem ser uma questão apenas do setor saúde, necessitando do envolvimento de outros setores da sociedade, como a escola e o governo. O objetivo do presente trabalho é compreender os Conhecimentos e as Atitudes frente à prevenção de dengue, zika e chikungunya nas populações de municípios das cinco macrorregiões brasileiras.

Método

Este estudo é parte integrante do projeto de pesquisa “ArboControl: gestão da informação, educação e comunicação no controle das arboviroses dengue, zika e chikungunya”, coordenado no Departamento de Saúde Coletiva da Universidade de Brasília (UnB) e financiado pelo Ministério da Saúde/Secretaria de Vigilância em Saúde. A pesquisa se insere no Componente 3, “Educação, Informação e Comunicação para o controle do vetor”, que teve como objetivo averiguar as facilidades e dificuldades para realização das atividades preconizadas nas campanhas e investigar suas percepções sobre a atuação de sua comunidade e das autoridades locais, entre outros aspectos.

Trata-se de um estudo descritivo de natureza quantitativa em que se buscou analisar os Conhecimentos e Atitudes (CA) sobre dengue, zika e chikungunya nas comunidades de 15 municípios, incluindo-se 5 capitais, das 5 macrorregiões brasileiras, assim distribuídas: Norte: Araguaína/TO, Macapá/AM e Vilhena/RO; Nordeste: Campina Grande/PB, João Pessoa/PB e Fortaleza/CE; Centro-Oeste: Anápolis/GO, Caldas Novas/GO, e Goiânia/GO; Sudeste: Belo Horizonte/MG, Governador Valadares/MG e São Bernardo dos Campos/SP; e, Sul: Cascavel/PR, Dois Vizinhos/PR e Gramado/RS.

No presente estudo, todos os dados referem-se ao projeto ArboControl. A coleta de dados se deu presencialmente em cada município durante o período de 2018 e 2019, através da mobilização da equipe de pesquisadores do projeto ArboControl. Cada coleta foi conduzida por dois pesquisadores treinados com a participação de no mínimo quatro e no máximo 12 membros da comunidade, sendo todos com idade igual ou superior a 18 anos, de ambos os sexos e que, de forma voluntária, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). A primeira etapa da coleta de dados consistiu na aplicação de questionário aberto a respeito das questões sociodemográficas da população estudada, como sexo, faixa etária, raça/cor e escolaridade. A segunda etapa consistiu na realização de nove perguntas (Quadro 2) em grupo, gravadas e transcritas, com o objetivo de analisar os conhecimentos e as atitudes da população sobre dengue, zika e chikungunya, bem como suas formas de prevenção, promoção da saúde e controle. Nessa etapa, as perguntas possuíam as seguintes alternativas de resposta: “concordo”, “discordo” e “tenho dúvida”. Os participantes da primeira etapa foram convidados a participar da segunda etapa. No entanto, nem todos permaneceram para a conclusão da atividade e, portanto, existe certa diferença entre o total de

participantes em cada etapa. O Quadro 1 apresenta o total de participantes por município e por macrorregião em cada etapa da pesquisa.

Quadro 1. Total de participantes por etapas, segundo a macrorregião brasileira

Município	Macrorregião	Etapa 1	Etapa 2
		Total de participantes	
Araguaína	Norte	66	58
Macapá			
Vilhena			
Campina Grande	Nordeste	56	58
Fortaleza			
João Pessoa			
Cascavel	Sul	76	49
Dois Vizinhos			
Gramado			
Belo Horizonte	Sudeste	76	71
Governador Valadares			
São Bernardo do Campo			
Anápolis	Centro-Oeste	75	56
Caldas Novas			
Goiânia			

Fonte: Elaboração própria, 2023.

Quadro 2. Perguntas realizadas durante a segunda etapa da pesquisa

Conhecimentos	Atitudes
Eu sei como me prevenir contra dengue, zika e chikungunya	Eu considero difícil evitar criadouros do mosquito
Eu sei reconhecer em minha casa os possíveis criadouros do mosquito	As autoridades têm feito menos que a população para evitar essas doenças
Eu sei como se pega dengue, zika ou chikungunya	Eu devo procurar a unidade básica de saúde em caso de suspeita de dengue, zika e chikungunya, mesmo que os sintomas estejam suportáveis
Eu sei quais remédios tomar em caso de dengue, zika e chikungunya	Eu conheço ervas que evitam a picada do mosquito
	Eu conheço uma pessoa da comunidade que faz garrafadas e rezas em casos de dengue, zika e chikungunya

Fonte: Elaboração própria, 2023.

Na fase de análise, os dados sociodemográficos referentes à primeira etapa foram tabulados com o auxílio do software Excel versão 16.0 e, posteriormente, analisados através de estatísticas descritivas, como frequência e percentual. Na segunda etapa, o áudio referente às nove perguntas sobre Conhecimentos e Atitudes foi transcrito. As nove perguntas foram

distribuídas da seguinte forma: 4 perguntas nos Conhecimentos e 5 perguntas nas Atitudes. Em ambas as etapas, o teste de completude foi aplicado e as perguntas não respondidas que se encontravam abaixo dos 70% foram excluídas. Para o cálculo do percentual da completude de cada pergunta, considerou-se como numerador a quantidade de perguntas nas quais foram devidamente respondidas, e como denominador, o total de perguntas feitas.

Convém ainda mencionar que, entre a aplicação das duas etapas, houve perda não planejada da população do estudo (n=57), visto que participaram da primeira etapa 349 pessoas e da segunda etapa, 292 pessoas.

Para a classificação dos Conhecimentos e Atitudes das populações este estudo baseou-se na estrutura da pesquisa de Santos, Cabral e Augusto¹², conforme o quadro a seguir:

Quadro 3. Relação sobre os Conhecimentos e Atitudes de prevenção

Conhecimentos	Atitudes
Conhece a dengue, a zika e a chikungunya, sabe como é transmitida e relata que sabe como se prevenir contra as doenças.	Diz que evita a proliferação dos possíveis criadouros do mosquito em sua casa.

Fonte: Elaboração própria, 2023.

O projeto de pesquisa e os roteiros para as entrevistas foram aprovados pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, sob os pareceres de números 2.480.722 (projeto original) e 3.504.219 (emenda do projeto), 75119617.2.0000.0030.

Resultados e discussão

1. Características sociodemográficas da população estudada

De acordo com a Tabela 1, observou-se que em todas as macrorregiões brasileiras a maior parte dos participantes era do sexo feminino. No Norte a maioria tinha idade entre 36 e 50 anos (38,5%), no Nordeste a maioria tinha 66 anos ou mais (33,9%) e nas demais regiões a maior parte tinha entre 18 e 35 anos. Quanto à identificação relacionada à raça/cor autodeclarada e estabelecida pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), com exceção do Sul, em que 74% se identificaram como brancos, em todas as regiões grande parte dos participantes se identifica como parda. Com relação à escolaridade, a maioria dos participantes do Norte (59%), do Nordeste (33,3%) e do Sul (43,1%) dizia ter ensino fundamental incompleto, enquanto no Sudeste a maioria (52,6%) dizia ter ensino fundamental

completo. Na Região Centro-Oeste, a maior parte (33,8%) cursava ou já tinha cursado ensino superior (Tabela 1).

Tabela 1. Características sociodemográficas da população das cinco macrorregiões brasileiras participante do estudo

	Norte		Nordeste		Sul		Sudeste		Centro-Oeste	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Gênero										
Masculino	9	15,3	8	14,5	11	21,2	20	25,6	25	33,3
Feminino	50	84,7	47	85,5	41	78,8	58	74,4	50	66,7
Faixa etária										
18 a 35 anos	12	18,5	5	8,9	17	32,7	39	50,6	43	58,1
36 a 50 anos	25	38,5	12	21,4	13	25	16	20,8	12	16,2
51 a 65 anos	18	27,7	19	33,9	15	28,8	11	14,3	11	14,9
66 anos ou mais	10	15,4	20	35,7	7	13,5	11	14,3	8	10,8
Raça/cor (autodeclarado)										
Amarela	5	8,2	3	5,5	0	0	5	6,4	6	8,2
Branca	12	19,7	14	25,5	37	74	15	19,2	16	21,9
Indígena	0	0	1	1,8	0	0	0	0	0	0
Parda	34	55,7	28	50,9	9	18	42	53,8	34	46,6
Preta	10	16,4	9	16,4	4	8	16	20,5	17	23,3
Escolaridade										
Não alfabetizado	1	1,6	5	9,3	1	2	0	0	0	0
Ensino fundamental incompleto	36	59	18	33,3	22	43,1	13	17,1	16	21,6
Ensino fundamental completo	10	16,4	14	25,9	9	17,6	40	52,6	22	29,7
Ensino médio completo	7	11,5	12	22,2	9	17,6	17	22,4	11	14,9

Ensino superior	7	11,5	5	9,3	10	19,6	6	7,9	25	33,8
-----------------	---	------	---	-----	----	------	---	-----	----	------

Fonte: Elaboração própria, 2023.

2. Conhecimentos e Atitudes da população e sua participação no controle ambiental

Tabela 2. Distribuição dos entrevistados quanto aos Conhecimentos sobre prevenção, transmissão e tratamento das arboviroses dengue, zika e chikungunya.

Conhecimentos	Dimensão		
	Concordo (%)	Tenho Dúvida (%)	Discordo (%)
Prevenção, transmissão e tratamento – 4 perguntas			
Eu sei como me prevenir contra dengue, zika e chikungunya			
Norte	69,0	3,4	27,6
Nordeste	69,0	19,0	12,1
Sul	55,1	40,8	4,1
Sudeste	56,3	12,7	31,0
Centro-Oeste	87,5	10,7	1,8
Eu sei reconhecer em minha casa os possíveis criadouros do mosquito			
Norte	74,1	5,2	20,7
Nordeste	60,3	27,6	12,1
Sul	67,3	30,6	2,0
Sudeste	81,7	14,1	4,2
Centro-Oeste	92,9	7,1	0,0
Eu sei como se pega dengue, zika ou chikungunya			
Norte	75,9	5,2	19,0
Nordeste	74,1	8,6	17,2

Sul	83,7	16,3	0,0
Sudeste	91,5	0,0	8,5
Centro-Oeste	87,5	10,7	1,8

Eu sei quais remédios tomar em caso de dengue, zika e chikungunya

Norte	58,6	1,7	39,7
Nordeste	24,1	22,4	53,4
Sul	16,3	22,4	61,2
Sudeste	56,3	2,8	40,8
Centro-Oeste	19,6	16,1	64,3

Fonte: Adaptado de Santos, Cabral e Augusto¹²

Tabela 3. Distribuição dos entrevistados quanto às Atitudes em relação à prevenção, transmissão e tratamento das arboviroses dengue, zika e chikungunya.

Atitudes	Dimensão		
	Concordo (%)	Tenho Dúvida (%)	Discordo (%)

Prevenção, percepção sobre as autoridades e práticas integrativas – 5 perguntas

Eu considero difícil evitar criadouros do mosquito

Norte	34,5	3,4	62,1
Nordeste	58,6	15,5	25,9
Sul	12,2	4,1	83,7
Sudeste	45,1	1,4	53,5
Centro-Oeste	58,9	0,0	41,1

As autoridades têm feito menos que a população para evitar essas doenças

Norte	63,8	3,4	32,8
-------	------	-----	------

Nordeste	70,7	15,5	13,8
Sul	22,4	10,2	67,3
Sudeste	25,4	31,0	43,7
Centro-Oeste	71,4	21,4	7,1

Eu devo procurar a unidade básica de saúde em caso de suspeita de dengue, zika e chikungunya, mesmo que os sintomas estejam suportáveis

Norte	89,7	89,7	10,3
Nordeste	94,8	94,8	1,7
Sul	87,8	87,8	12,2
Sudeste	78,9	78,9	19,7
Centro-Oeste	82,1	82,1	3,6

Eu conheço ervas que evitam a picada do mosquito

Norte	32,8	1,7	65,5
Nordeste	10,3	15,5	74,1
Sul	30,6	32,7	36,7
Sudeste	26,8	5,6	67,6
Centro-Oeste	21,4	0,0	78,6

Eu conheço uma pessoa da comunidade que faz garrafadas e rezas em casos de dengue, zika e chikungunya

Norte	20,7	0,0	79,3
Nordeste	15,5	0,0	84,5
Sul	0,0	0,0	100,0
Sudeste	8,5	0,0	91,5

Centro-Oeste	21,4	1,8	76,8
--------------	------	-----	------

Fonte: Adaptado de Santos, Cabral e Augusto¹²

As Tabelas 2 e 3 demonstram os Conhecimentos e Atitudes dos municípios nas cinco macrorregiões brasileiras pesquisadas. Nos Conhecimentos (Tabela 2), pode-se perceber que grande parte das populações sabe como se prevenir contra dengue, zika e chikungunya, reconhecem os possíveis criadouros do mosquito, compreendem como as doenças são transmitidas, mas não sabem quais remédios tomar caso tenha as doenças. As regiões que se destacaram positivamente nas quatro perguntas sobre prevenção, transmissão e tratamento foram, respectivamente: Centro-Oeste (87,5%), Centro-Oeste (92,9%), Sudeste (91,5%) e Norte (58,6%). A Região Sul foi a mais expressiva em relação à dimensão “tenho dúvida”. Pode-se inferir que a Região Centro-Oeste, por apresentar maior porcentagem de participantes que ingressaram no ensino superior (33,8%), quando comparada às demais regiões, também possui maiores níveis de Conhecimentos.

Nas Atitudes (Tabela 3), foi observada grande diferença na distribuição percentual dos entrevistados entre as dimensões “concordo”, “discordo” e “tenho dúvida”. Apesar de boa parte da população estudada ter Conhecimentos sobre as doenças, nas Atitudes fica evidente que as pessoas consideram difícil evitar possíveis criadouros, além de desconhecem as formas de prevenção a partir das práticas integrativas. A Região Centro-Oeste, apesar de ter se destacado positivamente a respeito da prevenção das doenças nos tópicos dos Conhecimentos, foi a que considerou mais difícil evitar criadouros do mosquito (58,9%) no tópico das Atitudes. Em contrapartida, a Região Sul não consideram difícil evitar possíveis criadouros do mosquito no tópico das Atitudes (83,5%), no entanto, foi a Região que mais apresentou dúvidas nos tópicos dos Conhecimentos.

Com relação à percepção das ações do serviço público para evitar as doenças, novamente a Região Centro-Oeste foi a mais expressiva, visto que 71,4% dos participantes concordaram que as autoridades têm feito menos que a população, enquanto 67,3% dos participantes da Região Sul discordam. A Região Sudeste foi a que mais apresentou dúvidas (31%). Quanto à procura por uma Unidade Básica de Saúde (UBS) em caso de suspeita das doenças, mesmo que os sintomas sejam suportáveis, 94,8% dos participantes da Região Nordeste concordaram, enquanto 19,7% dos participantes da Região Sudeste discordaram. Em todas as regiões estudadas, menos de 35% dos participantes entrevistados afirmaram que conhecem as seguintes práticas integrativas: sabem de ervas que evitam a picada do mosquito

ou conhecem uma pessoa da comunidade que faz garrafadas ou rezas em casos das doenças. Com relação ao desconhecimento sobre a utilização de práticas alternativas para evitar e tratar as arboviroses, as regiões mais expressivas quanto a esses dois tópicos foram, respectivamente, Centro-Oeste (78,6%) e Sul (100%).

Os resultados indicaram que os Conhecimentos não são refletidos em Atitudes, corroborando com a pesquisa de Gonçalves Neto *et al* (2006)¹⁴, em que os conhecimentos da população não foram suficientes para que houvesse uma mudança comportamental dos mesmos. Existe certo descompasso entre o que se conhece a respeito das doenças e os comportamentos desenvolvidos para o combate. Nesse mesmo raciocínio, assim como neste estudo, Gonçalves *et al* (2015)¹⁵, também obteve resultados importantes em relação às questões sociodemográficas, visto que as vulnerabilidades sociais foram fatores importantes que explicam comportamentos favoráveis à proliferação do mosquito. Tal como no estudo de Oliveira (2021)¹⁶, percebe-se que as populações com menor escolaridade possuem maiores dificuldades em relação à prevenção de dengue, zika e chikungunya, bem como na promoção da saúde. Para além disso, apesar dos resultados positivos, o desconhecimento das populações acerca das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) as coloca em uma situação desfavorável, visto que as PICS são responsáveis por fazer das pessoas protagonistas em relação à sua própria saúde, tornando-as sujeitos ativos¹⁷. Sabe-se que uma das causas para que a população apresente baixa adesão às ações de combate a dengue, a zika e a chikungunya é justamente a abordagem escolhida pelo poder público, que muitas vezes promove a culpabilização e a passividade da população. A inserção da população em ações integradas com os órgãos do serviço público contribui para a diminuição do número de doentes, bem como para a diminuição da infestação do mosquito *Aedes*. Induzir a participação da população é um aspecto importante inclusive para que a população avalie positiva ou negativamente a atuação do serviço público¹⁸. A fim de que o controle de dengue, zika e chikungunya seja efetivo e sustentável, é necessário, portanto, conhecer o comportamento humano e valorizar os conhecimentos e as práticas já adquiridas, respeitando as realidades e as prioridades da população¹⁹.

Conclusão

A dengue, a zika e a chikungunya enquanto problemas de saúde pública estão relacionadas às drásticas mudanças geográficas e sociais, visto que o aumento da população global, somado à urbanização descontrolada, contribui para que o saneamento básico, o abastecimento de água e a coleta de lixo sejam insuficientes nas periferias e nas metrópoles. No presente estudo, identificou-se que as populações das regiões com menor escolaridade possuem maiores dificuldades em relação à prevenção de dengue, zika e chikungunya, bem como na promoção da saúde.

Os Conhecimentos não refletem em verdadeiras Atitudes, evidenciando certo descompasso entre o que se conhece a respeito das doenças e os comportamentos desenvolvidos para o combate e a prevenção. Sabe-se que uma das causas para que a população apresente baixa adesão às ações de combate a dengue, a Zika e a chikungunya é justamente a abordagem escolhida pelo poder público, que muitas vezes promove a culpabilização e a passividade da população. No âmbito de dengue, zika e chikungunya, para que as ações de combate, prevenção e promoção sejam eficazes e sustentáveis, faz-se necessária a incorporação dos hábitos e dos comportamentos e a valorização dos conhecimentos das comunidades em projetos que tornem os sujeitos protagonistas de sua própria situação de saúde.

Apesar de ser impossível ao presente estudo realizar inferências estatísticas mais relevantes, por conta do número de municípios e participantes, ele foi realizado em todas as regiões, tendo amplitude nacional, enquanto a maioria dos estudos dessa natureza é locorregional. O estudo também apontou uma tendência quanto à importância da educação, além de ter apresentado a percepção dos participantes acerca das atitudes das autoridades diante das ações de prevenção, evidenciando a necessidade de maior articulação por parte do Estado, que não está a par das reais necessidades da população.

REFERÊNCIAS

1. Robert MA, Stewart-Barra AM, Estallo EL. Climate change and viral emergence: evidence from Aedes-borne arboviroses. *Curr Opin Virol*. 2020 Jun;40:41-7. doi: 10.1016/j.coviro.2020.05.001.
2. Alves MEM, Albuquerque JS, Andrade SCC, Duarte JMG, Silva MRF. A incidência de arboviroses no Brasil: um comparativo epidemiológico antes e durante a pandemia do Covid-19. *Recima21*. 2022 Dec [cited 2023 Jan 19]. Available from: <https://recima21.com.br/index.php/recima21/article/view/2553>
3. Tauil PL. Urbanização e ecologia do dengue. *Cad Saude Publica*. 2001;17(Suppl):99-102. doi: 10.1590/S0102-311X2001000700018.
4. Wikan N, Smith DR. Zika virus: history of a newly emerging arbovirus. *Lancet Infect Dis*. 2016 Jul;16(7):e119-26. doi: 10.1016/S1473-3099(16)30010-X.
5. Azevedo RDS, Oliveira CS, Vasconcelos PFDC. Risco do chikungunya para o Brasil. *Rev Saude Publica*. 2015;49(58):1-6. doi: 10.1590/S0034-8910.2015049006219.
6. World Health Organization. *Dengue: guidelines for diagnosis, treatment, prevention and control*. Geneva: WHO; 2009. 160 p.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Diretrizes nacionais para a prevenção e controle de epidemias de dengue*. Brasília: Ministério da Saúde; 2009. 162 p.
8. Garcia LP. *Epidemia do vírus Zika e microcefalia no Brasil: emergência, evolução e enfrentamento*. Texto para Discussão. 2018 [cited 2023 Jan 19];(2368). Available from: https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/8282/1/td_2368.pdf
9. Kohler LIA, Azevedo JD, Lima MA, Marinho RA, Souza LJD. Perfil Epidemiológico dos pacientes com evolução subaguda e crônica de infecção por Chikungunya. *Rev Soc Bras Clin Med*. 2018 May;16(1):1-5.
10. Lira OVFD. *Revisão narrativa sobre os efeitos da artralgia causada por arbovírus na qualidade de vida das pessoas infectadas [monograph]*. Pernambuco: Universidade Federal de Pernambuco; 2019. 10 p.
11. Brasil. Ministério da Saúde. *Boletim Epidemiológico 01: Monitoramento dos casos de arboviroses até a Semana Epidemiológica 52*. Brasília: Ministério da Saúde; 2023.
12. Santos SLD, Cabral ACDS, Augusto LGDS. Conhecimento, atitude e prática sobre dengue, seu vetor e ações de controle em uma comunidade urbana do Nordeste. *Cienc Saude Colet*. 2011;16(Suppl 1):1319-30. doi: 10.1590/S1413-81232011000700066.
13. Brasil. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS - PNPIC-SUS*. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

14. Gonçalves Neto VS, Monteiro SG, Gonçalves AG, Rebêlo JMM. Conhecimentos e atitudes da população sobre dengue no município de São Luís, Maranhão, Brasil, 2004. *Cad Saude Publica*. 2006 Oct;22(10):2191-200. doi: 10.1590/S0102-311X2006001000025.
15. Gonçalves RP, Lima ECD, Lima JWDO, Silva MGCD, Caprara A. Contribuições recentes sobre conhecimentos, atitudes e práticas da população brasileira acerca da dengue. *Saude Soc*. 2015;24(2):578-93. doi: 10.1590/S0104-12902015000200015.
16. Oliveira LFC. Conhecimentos, atitudes e práticas em relação à dengue, zika e chikungunya: uma revisão sistemática [dissertation]. Brasília: Universidade de Brasília; 2021 [cited 2022 Apr 14]. Available from: <https://repositorio.unb.br/handle/10482/41408>
17. Sousa DGD. A importância das Práticas Integrativas e Complementares no âmbito do Sistema Único de Saúde. *J Multiprof Health Res*. 2021 Dec 14 [cited 2022 Apr 14]. Available from: <https://journalmhr.com/index.php/jmhr/article/view/47/31>
18. Lefèvre AMC, Ribeiro AF, Marques GRDAM, Serpa LLN, Lefèvre F. Representações sobre dengue, seu vetor e ações de controle por moradores do município de São Sebastião, litoral norte do estado de São Paulo, Brasil. *Cad Saude Publica*. 2007 Jul;23(7):1696-706. doi: 10.1590/S0102-311X2007000700022.
19. Chiaravalloti Neto F, Fiorin AM, Conversani DT, Cesarino MB, Barbosa AAC, Dibo MR, et al. Controle do vetor do dengue e participação da comunidade em Catanduva, São Paulo, Brasil. *Cad Saude Publica*. 2003 Dec;19(6):1739-49. doi: 10.1590/S0102-311X2003000600018.

Curso on-line aberto e massivo (mooc) sobre atenção à reabilitação da pessoa com transtorno do espectro do autismo: avaliação de nutricionistas

Massive open online course (mooc) on rehabilitation care for people with autism spectrum disorder: an evaluation from nutritionists

Curso online masivo y abierto (mooc) sobre cuidados de rehabilitación para personas con trastorno del espectro autista: evaluación por nutricionistas

Amanda de Sousa Chaves¹

Deysianne Costa das Chagas²

Paola Trindade Garcia³

Douglas Moraes Campos⁴

Francenilde Silva de Sousa⁵

Ana Emilia Figueiredo de Oliveira⁶

RESUMO

Este trabalho tem como objetivo apresentar a avaliação de nutricionista sobre um MOOC voltado a atenção à reabilitação da pessoa com TEA. Trata-se de um estudo transversal e descritivo, no qual foram incluídos profissionais nutricionistas que finalizaram o curso no ambiente virtual de aprendizagem (SaiteAVA) da UNA-SUS/UFMA. A coleta de dados foi realizada por meio de três questionários padronizados, estes dados foram analisados no *software STATA*, versão 14.0 (*StataCorp LP, College Station, Estados Unidos*). Dentre os profissionais nutricionistas que concluíram o curso, a maior parte era do sexo feminino (88,3%), tinham dez anos ou mais de formação (29,1%), não eram trabalhadores do SUS (54,3%) e residiam na região sudeste (36,4%). Além disso, eles possuíam boas habilidades no uso de Tecnologias Digitais de Informação e Comunicação (TDIC) (48,5%) e aproximadamente um terço dos nutricionistas buscavam atualização ou aperfeiçoamento profissional (33,0%). As avaliações positivas do curso destacaram os conteúdos abordados e a importância do curso para a formação profissional e as negativas revelaram as dificuldades na navegabilidade do curso. Concluiu-se que a maioria dos nutricionistas usufruíram positivamente do curso, além de demonstrar que a ferramenta MOOC tem a potencialidade de atualizar profissionais sobre o TEA.

Palavras-chave: Educação à Distância, Educação Permanente, Transtorno do Espectro Autista, Nutricionistas.

¹ Nutricionista Universidade Federal do Maranhão – Centro de Ciências Biológicas e da Saúde

² Doutora em Saúde Coletiva Universidade Federal do Maranhão – Departamento de Ciências Fisiológicas

³ Doutora em Saúde Coletiva Universidade Federal do Maranhão – Departamento de Saúde Pública

⁴ Mestre em Saúde Coletiva Universidade Federal do Maranhão – Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva R. Barão de Itapari, nº 155, Centro, São Luís, Maranhão, Brasil. douglasmoraescampos@gmail.com

⁵ Mestra em Saúde Coletiva Universidade Federal do Maranhão – Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva

⁶ Doutora em Radiologia Odontológica Universidade Federal do Maranhão – Diretoria de Tecnologias na Educação

ABSTRACT

This paper aims to present the evaluation of nutritionists about a MOOC focused on the rehabilitation care of people with ASD. This is a cross-sectional and descriptive study, in which were included nutritionists professionals who completed the course in the virtual learning environment (SaiteAVA) of UNA-SUS/ UFMA. Data collection was performed using three standardized questionnaires, these data were analyzed using STATA software, version 14.0 (StataCorp LP, College Station, United States). Among the professional nutritionists who completed the course, most were female (88.3%), had ten years or more of training (29.1%), were not SUS workers (54.3%), and resided in the southeast region (36.4%). In addition, they had good skills in using Digital Information and Communication Technologies (DTIC) (48.5%) and approximately one third of the nutritionists were seeking professional updating or improvement (33.0%). The positive evaluations of the course highlighted the content covered and the importance of the course for professional training and the negative ones revealed the difficulties in the navigability of the course. It was concluded that most nutritionists enjoyed the course positively, besides demonstrating that the MOOC tool has the potential to update professionals about TEA.

Keywords: Distance Education, Continuous Learning, Autistic Spectrum Disorder, Nutritionists.

RESUMEN

Este trabajo tiene como objetivo presentar la evaluación de nutricionistas sobre un MOOC centrado en la atención rehabilitadora de personas con TEA. Se trata de un estudio transversal y descriptivo, en el que participaron profesionales nutricionistas que realizaron el curso en el entorno virtual de aprendizaje (SaiteAVA) de UNA-SUS/ UFMA. La recolección de datos se realizó a través de tres cuestionarios estandarizados, estos datos fueron analizados en el software STATA, versión 14.0 (StataCorp LP, College Station, Estados Unidos). Entre los nutricionistas profesionales que completaron el curso, la mayoría eran mujeres (88,3%), tenían diez años o más de formación (29,1%), no eran trabajadores del SUS (54,3%) y residían en la región Sudeste (36,4%). Además, tenían buenas competencias en el uso de las Tecnologías Digitales de Información y Comunicación (DTIC) (48,5%) y aproximadamente un tercio de los nutricionistas buscaba actualizarse o perfeccionarse profesionalmente (33,0%). Las evaluaciones positivas del curso destacaron los contenidos abordados y la importancia del curso para la formación profesional y las negativas revelaron las dificultades en la navegabilidad del curso. Se concluyó que la mayoría de los nutricionistas disfrutaron positivamente del curso, además de demostrar que la herramienta MOOC tiene potencial para actualizar a los profesionales sobre TEA.

Palabras clave: Educación a Distancia, Educación Continua, Trastorno del Espectro Autista, Nutricionistas

INTRODUÇÃO

A *American Psychiatric Association* classifica o Transtorno do Espectro Autista (TEA) como um dos Transtornos do Neurodesenvolvimento, tem início durante a infância e é caracterizado por déficits expressivos na comunicação verbal e não verbal

para manter a interação social, há a presença de padrões restritivos e repetitivos de comportamento, interesses ou atividades. O diagnóstico se dá pela investigação clínica a partir da observação da criança, entrevista com os pais e aplicação de instrumentos específicos. A terapia farmacológica fundamenta-se no tratamento de cada sintoma, de maneira isolada, portanto, de alto custo terapêutico^{1,2}.

O TEA manifesta-se em indivíduos de diversas etnias, raças, em todos os grupos socioeconômicos, havendo uma prevalência maior em meninos do que em meninas em uma proporção de quatro meninos para cada uma menina³. A etiologia que envolve o TEA é desconhecida, porém estudos consideram fatores genéticos e ambientais envolvidos^{3,4,5}. Os riscos genéticos e ambientais podem ocorrer desde o pré-natal, como o estresse materno, a idade dos pais, exposição materna a toxinas, deficiência de zinco, uso de substâncias como mercúrio e chumbo, prematuridade e entre outros⁵.

Nos Estados Unidos da América, a prevalência de casos de TEA é monitorada por instituições de saúde ligadas ao governo, tal como o Centro de Controle e Prevenção de Doenças (*Centers for Disease Control and Prevention - CDC*)⁶. Em 2021, cerca de 1 a cada 44 crianças de 8 anos de idade foram identificadas com TEA nos EUA⁷. No Brasil, a realidade é distinta, considerando que no país a patologia não está na lista de doenças e agravos compulsórios, não há um registro sistemático dos casos, prejudicando a análise da magnitude do problema na saúde pública brasileira².

O dimensionamento do TEA no Brasil se dá por meio de inquéritos ou pesquisas mais específicas. No estudo de Beck *et al.* (2019)², que estimou a prevalência de TEA na região sul do país, a pesquisa indicou 3,85 casos a cada 10 mil nascimentos. No Rio Grande do Sul, a taxa é de 3,31 a cada 10.000 nascimentos; em Santa Catarina é de 3,94 a cada 10.000; no Paraná, de 4,32 a cada 10.000. Em todos os estados foi evidenciado uma mediana de idade de diagnóstico de 4 anos, considerado tardio.

Diante da complexidade do quadro clínico do TEA, uma terapêutica multiprofissional pode contribuir com melhores resultados, de modo que uma equipe com distintos profissionais em integração de conhecimentos possibilita o desenvolvimento social e de comunicação da criança, direcionando para a autonomia, redução de danos no funcionamento intelectual, melhoria da qualidade de vida, além de auxiliar a família no processo de cuidado⁸.

No cuidado multiprofissional que envolve o TEA, o profissional nutricionista atua na promoção de uma alimentação saudável. Aspectos

comportamentais que são inerentes ao TEA impactam de forma negativa a alimentação, tal como a dificuldade de deglutição e mastigação e a seletividade alimentar. Nesse sentido, o nutricionista realiza o acompanhamento de dificuldades alimentares desde a infância, por meio da avaliação do estado nutricional e diagnóstico nutricional, ações de educação alimentar e nutricional e intervenções nutricionais^{8,9}.

Diante dos desafios na atuação do nutricionista no âmbito do tratamento multiprofissional, é necessária a construção de saberes que abrangem o as especificidades do cuidado as pessoas com TEA. Particularmente com o aumento da prevalência de casos de TEA, a busca por aperfeiçoamento sobre o assunto tem apresentado grande demanda.

Neste contexto, os Cursos Online Abertos e Massivos (*Massive Open Online Courses* - MOOCs) são uma possibilidade para construção de conhecimentos em diferentes áreas, via Educação à Distância (EaD). Esses cursos são disponibilizados em moodles de instituições e permitem que os participantes possam acessar os conteúdos dos cursos em qualquer lugar. Somado a isso, não possuem número máximo de participantes, não possui processo seletivo para participar e possibilitam que cada indivíduo estude no seu tempo e trace suas estratégias de estudo¹⁰.

No entanto, tendo em vista a grande quantidade de alunos, há desafios na avaliação dos cursos oferecidos¹¹. Desse modo, o presente trabalho objetiva apresentar a avaliação de nutricionista sobre um MOOC voltado a atenção à reabilitação da pessoa com TEA.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de avaliação, no qual foram incluídos profissionais nutricionistas que finalizaram o curso Atenção à Reabilitação da Pessoa com Transtornos do Espectro do Autismo no ambiente virtual de aprendizagem, chamado de SaiteAVA, da UNA-SUS/ UFMA.

O MOOC 'Atenção à Reabilitação da Pessoa com Transtornos do Espectro do Autismo' tinha como objetivo educacional compreender as orientações relacionadas à reabilitação da pessoa com TEA e tinha como público-alvo profissionais que atuam no SUS, envolvidos na reabilitação da pessoa com deficiência. Com carga horária de 30

horas, o curso teve seu período de oferta entre 02 de maio de 2021 e 27 de abril de 2023.

O curso abordava os seguintes conteúdos educacionais: histórico do TEA; epidemiologia e causas relacionadas ao TEA; diagnósticos diferenciais e comorbidades relacionadas ao TEA; indicadores de desenvolvimento e comportamentais; sinais de alerta e avaliação diagnóstica; equipe interdisciplinar; entrevista com os pais ou cuidadores; observação direta do comportamento e da interação social; instrumentos de uso livre para rastreamento/triagem de indicadores de desenvolvimento infantil e dos TEA; classificação do TEA nos sistemas classificatórios adotados no Brasil; a notícia do diagnóstico de TEA; Projeto Terapêutico Singular na habilitação e reabilitação da pessoa com TEA; apoio e acolhimento da família; fluxograma de acompanhamento e atendimento da pessoa com TEA na rede SUS.

A coleta de dados desta pesquisa foi realizada por meio de três questionários padronizados inseridos no SaiteAVA. O primeiro questionário (questionário de perfil do aluno) buscou a identificação dos participantes por meio de dados demográficos e profissionais; o segundo questionário (questionário de expectativa do aluno) tinha o objetivo de identificar as habilidades dos alunos com Tecnologias Digitais de Informação e Comunicação (TDIC), a fonte em que souberam da oferta do curso, os fatores influenciadores na decisão da matrícula e a auto avaliação do domínio; e o terceiro questionário (questionário de avaliação do curso) tinha o objetivo de avaliar as diferentes dimensões do curso e a auto avaliação do domínio do assunto do curso após percorrer o mapa recursos educacionais.

No questionário de perfil do aluno, as variáveis utilizadas foram: gênero (feminino; masculino; sem informação); tempo de formação (dois anos ou menos; três a cinco anos; seis a nove anos; dez anos ou mais; sem informação); trabalhador do SUS (não; não se aplica; sim); e região (norte; nordeste; centro-oeste; sudeste; sul; sem informação). No questionário de expectativa, as variáveis utilizadas foram: uso das TDICs; fonte em que souberam da oferta; fatores influenciadores na decisão da matrícula e avaliação do domínio sobre o tema do curso.

As variáveis utilizadas do questionário de avaliação do curso, foram analisadas por meio de notas de um a cinco a avaliação geral do curso e autoavaliação do domínio do assunto do curso após percorrer o mapa recursos educacionais. As demais variáveis utilizaram escala *Likert* (concordo parcial/totalmente, nem concordo nem discordo, discordo parcial/totalmente), as quais estavam relacionadas à avaliação da qualidade do

curso, adequação dos objetivos educacionais, *feedback* das atividades, motivação em relação ao que o curso oferece, questões sobre a apresentação (cores, imagens, sons, tamanho, estilo e tipo de fonte) e sobre a facilidade de encontrar informações e navegar de forma intuitiva no AVA.

Os dados coletados eram compostos pela avaliação dos nutricionistas que concluíram os cursos e responderam aos questionários entre o período de 02 de abril de 2021 a 31 de outubro de 2022.

Todos os dados foram disponibilizados sob a forma de planilhas automáticas em formato *Excel*[®], exportadas do SaiteAVA[®]. Após a coleta dos dados, realizou-se análise descritiva por meio do cálculo de frequências relativas e absolutas. A análise descritiva foi realizada no programa *STATA*, versão 14.0 (*StataCorp LP, College Station, Estados Unidos*).

Em cumprimento com os deveres éticos da pesquisa, este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão (HU-UFMA) – (CAAE nº 08686819.2.0000.5086).

RESULTADOS

Dentre os profissionais nutricionistas que concluíram o curso, a maior parte era do sexo feminino (88,3%) e residentes da região sudeste (36,4%). Em relação às características profissionais, a maioria dos nutricionistas tinham dez ou mais anos de formação (29,1%) e não trabalhavam no Sistema Único de Saúde (SUS) (54,3%) (Tabela 1).

Do total de respondentes, 48,5% dos nutricionistas relataram possuir boas habilidades no uso de tecnologias digitais de informação e comunicação (TDIC) e 37,3% deles souberam da oferta do curso por meio do site do UNA-SUS/UFMA (Tabela 2). Vale ressaltar que entre aqueles que indicaram a opção outros meios, indicaram os Conselhos Federal e Regionais de Nutricionistas como fonte de divulgação do curso (Dados não demonstrados em tabela).

Quanto aos fatores que influenciaram na decisão da matrícula do curso, aproximadamente um terço dos nutricionistas (33,0%) buscavam atualização ou aperfeiçoamento profissional. Na autoavaliação do domínio sobre o tema do curso a nota 3 foi a mais prevalente (33,9%) (Tabela 2).

Em relação às avaliações realizadas pelos profissionais, a nota 5 (76,2%) foi a mais prevalente no que se refere a avaliação geral do curso e a nota 4 (50,0%) à autoavaliação do domínio do assunto do curso após percorrer o mapa recursos educacionais (Tabela 3).

A maioria dos participantes concordaram totalmente com as dimensões avaliadas do curso (conteúdo, objetivos, feedbacks, atividades e design e usabilidade do AVA (Tabela 3).

Tabela 1. Características demográficas e profissionais dos alunos matriculados no curso Atenção à Reabilitação da Pessoa com Transtornos do Espectro do Autismo ofertado pela UNA-SUS UFMA. 2022.

Variável	Frequência absoluta (n)	Frequência relativa (%)
Gênero		
Feminino	182	88,3
Masculino	19	9,2
Sem informação	5	2,4
Tempo de Formação		
Dois anos ou menos	55	26,7
Três a cinco anos	53	25,7
Seis a nove anos	36	17,4
Dez anos ou mais	60	29,1
Sem informação	2	0,9
Trabalhador do SUS		
Não	112	54,3
Não se aplica	1	0,4
Sim	93	45,1
Região		
Norte	23	11,1
Nordeste	66	32,0
Centro-Oeste	11	5,3
Sudeste	75	36,4
Sul	27	13,1
Sem informação	4	1,9

Fonte: Autoria própria

Tabela 2. Habilidades com tecnologias digitais de informação e comunicação (TDIC), fonte em que souberam da oferta do curso, fatores influenciadores na decisão da matrícula e autoavaliação do domínio sobre o tema do curso Atenção à Reabilitação da Pessoa com Transtornos do Espectro do Autismo ofertado pela UNA-SUS UFMA. 2022.

Variável	Frequência absoluta (n)	Frequência relativa (%)
Uso das TDIC		
Boa	100	48,5
Muito boa	93	45,1
Regular	10	4,8
Ruim	3	1,4
Fonte em que souberam da oferta		
Plataforma Arouca	30	14,5
Indicação de outra pessoa	49	23,7
Redes sociais da UNA-SUS/UFMA	9	4,3
Portal ou blog vinculado ao Ministério da Saúde	7	3,4

Site da UNA-SUS/UFMA	77	37,3
Site de busca (google,yahoo,etc.)	15	7,2
Outros	19	9,2
Fatores influenciadores na decisão da matrícula*		
Indicação de amigos ou colegas de trabalho	26	4,6
Temática abordada	179	31,8
Gratuidade do curso	81	14,4
Possibilidade de certificado	69	12,3
Já ter realizado outros cursos anteriormente na instituição	22	3,9
Atualização ou aperfeiçoamento profissional	186	33,0
Avaliação do domínio do curso		
Nota 1	37	17,9
Nota 2	51	24,7
Nota 3	70	33,9
Nota 4	22	10,6
Nota 5	14	6,8
Não sei responder	12	5,8

* n = 563

Fonte: Autoria própria

Tabela 3. Avaliação do curso Atenção à Reabilitação da Pessoa com Transtornos do Espectro do Autismo ofertado pela UNA-SUS UFMA. 2022.

Variável	Frequência absoluta (n)	Frequência relativa (%)
Avaliação do curso de modo geral		
Nota 1	1	0,4
Nota 3	4	1,9
Nota 4	44	21,3
Nota 5	157	76,2
Avaliação do domínio do assunto do curso após percorrer o mapa recursos educacionais		
Nota 1	1	0,4
Nota 2	1	0,4
Nota 3	36	17,4
Nota 4	103	50,0
Nota 5	63	30,5
Não sei responder	2	0,9
O conteúdo enfatiza pontos chave e ideias significativas, com um nível apropriado de detalhes, aplicável aos contextos variados dos alunos		
Concordo totalmente	142	68,9
Concordo parcialmente	56	27,1
Discordo parcialmente	2	0,9

Nem concordo, nem discordo	6	2,9
O conteúdo não apresenta erros, sendo verdadeiro e preciso		
Concordo totalmente	147	71,3
Concordo parcialmente	42	20,3
Discordo parcialmente	1	0,4
Nem concordo, nem discordo	15	7,2
Os objetivos educacionais do curso são coerentes com o conteúdo, atividades, avaliações e características dos alunos		
Concordo totalmente	152	73,7
Concordo parcialmente	46	22,3
Discordo parcialmente	2	0,9
Nem concordo, nem discordo	6	2,9
O curso permite que os alunos alcancem os objetivos educacionais propostos		
Concordo totalmente	139	67,4
Concordo parcialmente	58	28,1
Discordo parcialmente	4	1,9
Nem concordo, nem discordo	5	2,4
Feedback das questões de múltipla escolha e/ou os caminhos de respostas das perguntas abertas são precisos e de qualidade		
Concordo parcialmente	55	26,7
Concordo totalmente	136	66,0
Discordo parcialmente	7	3,4
Nem concordo, nem discordo	8	3,8
Após a realização de cada atividade é oferecido ao aluno feedbacks das questões de múltipla escolha, de acordo com a exatidão da resposta, o que facilita a compreensão do conteúdo		
Frequentemente	98	47,5
Muito frequentemente	68	33,0
Nunca	1	0,4
Ocasionalmente	30	14,5
Raramente	9	4,3
As atividades são equilibradas, nem muito fáceis e nem muito difíceis		
Concordo parcialmente	67	32,5
Concordo totalmente	122	59,2
Discordo parcialmente	5	2,4
Nem concordo, nem discordo	12	5,8
O curso é altamente motivador, oferecendo contextos baseados na vida real		

Concordo parcialmente	54	26,2
Concordo totalmente	137	66,5
Discordo parcialmente	3	1,4
Nem concordo, nem discordo	12	5,8
A escolha de cores, imagens, sons, tamanho, tipo e estilo de fontes no Ambiente Virtual de Aprendizagem (AVA) é agradável e auxilia na aprendizagem		
Concordo parcialmente	45	21,8
Concordo totalmente	148	71,8
Discordo parcialmente	2	0,9
Discordo totalmente	2	0,9
Nem concordo, nem discordo	9	4,3
As informações necessárias à realização do módulo são facilmente encontradas no AVA		
Concordo parcialmente	65	31,5
Concordo totalmente	113	54,8
Discordo parcialmente	11	5,3
Discordo totalmente	8	3,8
Nem concordo, nem discordo	9	4,3
A navegação no AVA foi fácil e intuitiva		
Concordo parcialmente	75	36,4
Concordo totalmente	91	44,1
Discordo parcialmente	19	9,2
Discordo totalmente	9	4,3
Nem concordo, nem discordo	12	5,8

Fonte: Autoria própria

DISCUSSÃO

Os resultados do presente estudo apontaram que a maioria dos profissionais nutricionistas são do gênero feminino (88,3%), demonstrando que a nutrição é uma profissão predominantemente feminina. Souza et al. (2016)¹² apresentam uma discussão sobre os gêneros na formação profissional, no qual a autora relata que isso parte de uma construção histórica e cultural, destacando a naturalização da profissão nutricionista como feminina. Nesse sentido, de acordo com os dados divulgados pelo Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP), observa-se o

predomínio de mulheres na formação profissional da área, na qual entre os matriculados no curso de Nutrição 83,3% são do sexo feminino (INEP, 2021)¹³.

Foi possível observar que a maioria dos profissionais nutricionistas possuem dez anos ou mais de formação. Liu, Kang e Mckelroy (2015)¹⁴ ao realizarem uma pesquisa com participantes de um MOOC, apontaram que a maioria eram profissionais buscando recursos para o desenvolvimento da sua carreira por meio de MOOCs. Esse resultado demonstra que profissionais com longo tempo de formação permanecem na busca por construção de saberes para qualificação do exercício profissional.

A Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista, define como direito desses indivíduos “O acesso a ações e serviços de saúde, com vistas à atenção integral às suas necessidades de saúde, incluindo a nutrição adequada e a terapia nutricional e informações que auxiliam no diagnóstico e no tratamento”¹⁵. Dessa forma, é de suma importância a conscientização e a formação do nutricionista para atuarem de forma apropriada nos diversos casos que envolvem o TEA, considerando suas especificidades e individualidades¹⁶.

Vale ressaltar que um dos recursos educacionais ofertados no curso é o direcionamento no atendimento e acompanhamento da pessoa com TEA no SUS. Apesar de nessa pesquisa a maioria dos profissionais não trabalharem no SUS, 45,1% dos participantes trabalham, reforçando a importância de os profissionais nutricionistas buscarem conhecimento sobre o TEA para uma melhor assistência nas Redes de Atenção à Saúde (RAS).

Considerando o bom uso relatado pelos participantes das TDICs, destaca-se que com o desenvolvimento das TDICs o número de cursos ofertados em modalidade EAD por meio dos Ambientes Virtuais de Aprendizagem tem sido relevante. Com as novas formas de relações humanas e sociais e o crescente desenvolvimento de tecnologias de informação a necessidade de refletir sobre as metodologias educacionais em função da aprendizagem é importante, pois são ferramentas que facilitam no processo de comunicação, além de aperfeiçoar a formação do aluno e a flexibilidade de uma equipe pedagógica^{11,17}.

Nessa perspectiva, as metodologias ativas no ensino à distância atuam como uma eficaz estratégia de ensino-aprendizagem na área da saúde, sendo uma abordagem que leva à reflexão e autonomia¹⁸.

Outro resultado relevante desta pesquisa foi a presença dos Conselhos Federal e Regionais de Nutricionistas como fonte de divulgação do curso. Isso indica que cursos

sobre TEA têm sido alvo de busca pelos profissionais nutricionistas, para que os mesmos possam estar qualificados a alcançar uma abordagem nutricional contemporânea e singular, de forma a reconhecer sinais e sintomas e intervir antecipadamente para se obter melhores resultados no cuidado em saúde¹⁹.

Quanto aos fatores que influenciaram na decisão da matrícula no MOOC a maior parte selecionou atualização ou aperfeiçoamento profissional. Milligan e Littlejohn (2017)²⁰, ao realizarem uma pesquisa que tinha o objetivo de explorar motivações de participantes em dois MOOCs, observaram que os profissionais foram motivados principalmente pelas suas necessidades atuais, descrevendo como o curso poderia enriquecer seu conhecimento formal ampliando habilidades para aumentar sua eficácia no trabalho. Assim, os autores relataram que os profissionais perceberam o benefício do MOOC em ajudá-los para a progressão da carreira.

Destaca-se também, que alunos de MOOCs costumam ter motivações diferentes em relação àqueles que buscam cursos tradicionais, não tendo o certificado de conclusão como principal motivador, mas sim pelo formato dos cursos terem maior flexibilidade às demandas do estudo com a família e o trabalho²¹.

Na avaliação do curso, os nutricionistas avaliaram positivamente as suas diferentes dimensões, entre elas os conteúdos, objetivos, feedbacks, atividades e design e usabilidade do AVA. Pereira e Souza (2020)²² ao realizarem uma revisão cujo objetivo foi explorar as potencialidades e limitações relacionados aos cursos MOOC no ensino de Ciências, também puderam observar reações positivas em diversas ferramentas e aspectos dos cursos analisados.

Levando em consideração as avaliações positivas feitas pelos participantes é fundamental destacar a importância de um planejamento pedagógico contínuo, constante e que leve em consideração as peculiaridades de cada oferta educacional, assim como a ação em qualidade de um design instrucional que objetiva conectar o campo teórico-prático, onde participa tanto do planejamento como do projeto do curso favorecendo a aprendizagem²³.

Em relação às autoavaliações antes e após a realização do curso foi possível verificar que os alunos indicaram melhorias no domínio do assunto abordado no curso após os recursos educacionais. Dessa forma, é possível considerar motivos de percepção de aprendizagem desses profissionais, os quais podem ser: conteúdo significativo e relevante, formato autoinstrucional com facilidade de acesso ao curso, qualidade dos

recursos didáticos que facilitam a compressão. Esses aspectos podem ter auxiliado a uma percepção positiva e uma satisfação do profissional nutricionista com o curso²⁴.

Ademais, vale destacar a concordância dos alunos sobre a precisão e qualidade dos *feedbacks*, além de sua importância na compreensão do conteúdo. Segundo Archer, Crispim e Cruz (2016)²⁵, o *feedback* como um aspecto constituinte de avaliação, necessita ser preciso, claro, completo, para que o indivíduo tenha clareza acerca de quais aspectos de seu desempenho precisam aprimorar, manter ou ainda desenvolver. Isso reforça a importância desse elemento em cursos do tipo MOOC.

É importante fazer um destaque quanto a divergência entre os cursos online tradicionais em relação ao formato MOOCs, em parte porque oferecem acesso gratuito e aberto, além da possibilidade de um número grande de participantes. Há um argumento contra os MOOCs que cita a falta de resultados positivos na aprendizagem para educação à distância. Kearney et al. (2016)²⁶ ao analisar MOOCs na área odontológica, afirma que os MOOCs têm o seu potencial, mesmo na sua forma atual de ser integrado no currículo formal. O Departamento de Educação dos Estados Unidos apontou em uma pesquisa de meta-análise que o aprendizado *online* era tão eficaz quanto o ensino convencional em sala de aula²².

Um ponto forte deste estudo foi a utilização de avaliação a partir da perspectiva do aluno, no caso, o nutricionista, o que permite o aperfeiçoamento de materiais e recursos educacionais segundo a experiência de um profissional que fez uso do conhecimento dinamizado no MOOC. Assim permitindo com que este e outros cursos se estruturam de modo mais fidedigno às distintas realidades de saúde dos alunos.

Por tratar-se de um estudo transversal e descritivo que utilizou dados coletados da plataforma de aprendizagem de um curso autoinstrucional, a pesquisa apresenta limitações quanto a capacidade em generalizar os resultados para universidades de outras regiões, diferentes modalidades de ensino ou outras plataformas educacionais.

A nutrição tem um papel muito importante na vida de pessoas com TEA. Dessa forma, a importância desse profissional se qualificar nessa temática, e desenvolver capacidades de identificar como esses indivíduos se relacionam com a alimentação, seja de forma comportamental ou nutricional, utilizando abordagens eficazes em diversas situações que envolvem o TEA, a fim de proporcionar qualidade de vida.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

É possível concluir que a maioria dos nutricionistas conseguiram usufruir positivamente o curso, além de demonstrar por meio das avaliações que essa ferramenta online, gratuita e acessível tem a potencialidade de atualizar profissionais sobre a complexidade da temática TEA, além de ampliar as oportunidades de aprendizagem, oferecendo também uma maior flexibilidade.

Ademais, fica claro a importância da formação do nutricionista em um cuidado multiprofissional sobre a temática do TEA para que se tenha um acompanhamento próprio de acordo com o grau e especificidade que cada pessoa pode apresentar.

É importante salientar que é necessárias contínuas avaliações e análises dos cursos em formato MOOC para que profissionais possam usufruir de conteúdos com temáticas relevantes que irão aperfeiçoar sua trajetória profissional.

REFERENCIAS

1. American Psychiatric Association [APA]. Manual de Diagnóstico e Estatístico das Perturbações Mentais: DSM-V. 5 Ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.
2. Beck RG, Camargo RW, Fortunato JJ, Iser BPM. Estimativa de casos do Transtorno do Espectro Autista no Sul do Brasil. Revista da AMRIGS. 2019; 6 (2): 168-163.
3. Sandin S, Lichtenstein P, Kuja-halkola R, Hultman C, Larsson H, Reichenberg A. The Heritability of Autism Spectrum Disorder. JAMA, 2017.
4. Wiśniowiecka-kowalnik B, Nowakowska BA. Genetics and epigenetics of autism spectrum disorder—current evidence in the field. Journal of applied genetics, v. 60, n. 1, p. 37-47, 2019.
5. Grabrucker AM. Environmental factors in autism. Frontiers in Psychiatry, 3(118), 1-13, 2013.
6. Maenner MJ, Shaw KA, Bakian AV, et al. Prevalence and Characteristics of Autism Spectrum Disorder Among Children Aged 8 Years — Autism and Developmental

- Disabilities Monitoring Network, 11 Sites, United States, 2018. MMWR Surveill Summ, 2021.
7. Maenner MJ, Shaw KA, Baio J, et al. Prevalence of Autism Spectrum Disorder Among Children Aged 8 Years — Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 11 Sites, United States, 2016. MMWR Surveill Summ, 2020.
 8. Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP). Departamento Científico de Desenvolvimento e Comportamento. Manual de orientação: Transtorno do Espectro Autista. 2019, nº 05.
 9. Melchior AF, et al. Análise comparativa das funções de deglutição e mastigação em crianças de 3 a 9 anos com autismo e com desenvolvimento típico. *Distúrbios da Comunicação*, v. 31, n. 4, p. 585-596, 2019.
 10. Silva JMC, Munhoze MB. O processo de consolidação da EaD no IFRS por meio dos MOOCs e a ampliação do acesso à educação. *EmRede-Revista de Educação a Distância*. 2020; 7 (2): 30-46.
 11. Sousa HMB, Trindade KC, Oliveira AMF de, Mesquita MN, Garcia PT. Situações de aprendizagem aplicadas como avaliações diagnósticas em cursos autoinstrucionais da UNA-SUS/UFMA. *Revista de Saúde Digital e Tecnologias Educacionais*. 2022; 7 (4): 50-57.
 12. Souza LKCS *et al.* Gênero e formação profissional: considerações acerca do papel feminino na construção da carreira de nutricionista. *Demetra: Alimentação, Nutrição & Saúde*. 2016; 11 (3): 773-788.
 13. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP). *Resumo técnico do Censo da Educação Superior 2019*. Brasília, 2021.

14. Liu M, Kang J, Mckelroy E. Examining learners' perspective of taking a MOOC: reasons, excitement, and perception of usefulness. *Educational Media International*. 2015; 52 (2), p. 129–146, 2015.
15. Brasil. Presidência da República. LEI Nº 12.764, de 27 de dezembro de 2012. Institui a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista. *Diário Oficial da União, Brasília, DF, 28 dez. 2012*.
16. Cordeiro DAM, SILVA MR. Estratégias para implementação de condutas nutricionais no transtorno do espectro autista: um relato de experiência. *Revista Corixo de Extensão Universitária*. 2017, 6 n. 6, 2018.
17. Almeida SG, Teles CC. Sala de aula invertida: relato de experiência em educação a distância e presencial com uso de ambiente virtual de aprendizagem na graduação. *EmRede-Revista de Educação a Distância*. 2018; 5 (3): 599-625.
18. Reser MR, Rocha C da, Silva SL da. Metodologias ativas no processo formativo em saúde. *Saberes Plurais: Educação na Saúde*. 2018; 2 (3): 91-103.
19. Silva GS. Abordagens Nutricionais Contemporâneas Aplicadas ao Cuidado de Pacientes Transtorno do Espectro do Autismo: Uma revisão de literatura. Umuarama. Trabalho de Conclusão de Curso [Bacharelado em Nutrição] – Universidade Paranaense (UNIPAR); 2021.
20. Milligan C, Littlejohn A. Why study on a MOOC? The motives of students and professionals. *International Review of Research in Open and Distributed Learning*. 2017; 18 (2): 92-102.
21. Luik P, et al. What motivates enrolment in programming MOOCs? *British Journal of Educational Technology*. 2017; 50 (1): 153-165.

22. Pereira DF da, Souza MAVF de. Cursos On-line Abertos e Massivos (MOOC) e o Ensino de Ciências: uma Revisão Bibliográfica. *EaD em Foco*. 2020; 10 (2): e1101.
23. Garcia PT, Chagas DC, Oliveira AEF de (Org). Planejamento educacional na EaD autoinstrucional: por que, para que e como fazer?. São Luís: EDUFMA, 2021.
24. Garcia PT, Chagas DC, Mesquita MN, Trindade KC, OLIVEIRA AEF. Curso On-line Aberto e Massivo para enfrentamento da pandemia de Covid-19 no Brasil: percepções dos participantes. *Revista de Saúde Digital e Tecnologias Educacionais*. 2022; 7: 13-24.
25. Archer AB, Crispim AC, Cruz RM. Avaliação e feedback de desempenho de estudantes na educação a distância. *Avances en psicología latino-americana*. 2016; 34 (3): 473-485.
26. Kearney RC *et al*. Massive open online courses in dental education: two viewpoints: viewpoint 1: massive open online courses offer transformative technology for dental education and viewpoint 2: massive open online courses are not ready for primetime. *Journal of dental education*. 2016; 80 (2): 121-127.

Análise segundo a variável sexo do acesso a serviços odontológicos da assistência básica do Sistema Único de Saúde (SUS) do Distrito Federal através de indicadores da atenção básica do Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB) em 2019

Analysis according to the sex variable of access to dental services in primary care of the Unified Health System (SUS) of the Federal District through primary care indicators of the Health Information System for Primary Care (SISAB) in 2019

Análisis según la variable sexo de lo acceso a servicios odontológicos en atención primaria del Sistema Único de Salud (SUS) del Distrito Federal a través de indicadores de atención primaria del Sistema de Información en Salud para Atención Primaria (SISAB) en 2019

Amanda Beatriz Gonçalves Vivacqua

Ataydes Dias Magalhães

Fábio Carneiro Martins

Gilberto Alfredo Pucca Júnior

RESUMO: O acesso aos serviços de saúde é influenciado pela desigualdade social entre os sexos feminino e masculino. Necessita-se de estudos que analisem o acesso a serviços odontológicos conforme a variável sexo. Este estudo objetiva descrever e caracterizar os indicadores de saúde bucal por área do Distrito Federal, bem como analisar a relação entre os indicadores de saúde bucal, características contextuais das áreas do DF e a associação entre a variável sexo e as variáveis consulta agendada, atendimento de escuta inicial/ orientação, atendimento de consulta no dia e atendimento de urgência. Nesse estudo observacional transversal, os indicadores da atenção básica foram associados estaticamente a variáveis contextuais do Distrito Federal. O teste Qui-Quadrado de Pearson não apontaram uma diferença significativa entre as quantidades de atendimentos odontológicos conforme a variável sexo por região de saúde do Distrito Federal. O Coeficiente de Correlação de Postos de Spearman evidenciou uma correlação entre o número de atendimentos odontológicos para cada sexo e o número médio anual de Equipes de Saúde Bucal da Estratégia da Saúde da Família incluídas de cada região de saúde, bem como apontou que não existe correlação significativa entre a frequência de atendimentos odontológicos para cada sexo e a renda domiciliar média mensal e evidenciou a não correlação entre a quantidade de atendimentos de ambos os sexos e o porte populacional de cada região de saúde. Notou-se um padrão de acesso por sexo, que ratifica algumas considerações antigas sobre o acesso a serviços de

saúde. Diferenças de acesso entre as regiões de saúde não podem ser explicadas por diferenças na renda domiciliar média mensal e no porte populacional.

Palavras-Chaves: Acesso aos Serviços de Saúde, Mulheres, Homens, Atenção Básica, Serviços Odontológicos, Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT: Access to health services is influenced by social inequality between men and women. Studies are needed to analyze access to dental services according to the gender variable. This study aims to describe and characterize oral health indicators by area of the Federal District, as well as to analyze the relationship between oral health indicators, contextual characteristics of the areas of the Federal District and the association between the gender variable and the variables scheduled consultation, initial listening/guidance care, same-day consultation care and emergency care. In this observational cross-sectional study, primary care indicators were statically associated with contextual variables of the Federal District. Pearson's chi-square test did not indicate a significant difference between the number of dental appointments according to the gender variable by health region of the Federal District. Spearman's Rank Correlation Coefficient showed a correlation between the number of dental appointments for each sex and the average annual number of Family Health Strategy Oral Health Teams included in each health region. It also indicated that there is no significant correlation between the frequency of dental appointments for each sex and the average monthly household income, and showed no correlation between the number of appointments for both sexes and the population size of each health region. A pattern of access by sex was noted, which confirms some old considerations about access to health services. Differences in access between health regions cannot be explained by differences in average monthly household income and population size.

Keywords: Health Services Accessibility, Women, Men, Primary Health Care, Dental Health Services, Unified Health System.

RESUMEN: El acceso a los servicios de salud está influenciado por la desigualdad social entre mujeres y hombres. Se necesitan estudios que analicen el acceso a los servicios odontológicos según la variable género. Este estudio tiene como objetivo describir y caracterizar los indicadores de salud bucal por zona del Distrito Federal, así como analizar la relación entre los indicadores de salud bucal, las características contextuales de las zonas del DF y la asociación entre la variable sexo y las variables consulta programada, atención inicial de escucha/orientación, atención de consulta en el día y atención de urgencias. En este estudio observacional transversal se asociaron estadísticamente indicadores de atención primaria con variables contextuales del Distrito Federal. La prueba Chi-Cuadrado de Pearson no indicó diferencia significativa entre el número de consultas odontológicas según la variable género por región sanitaria del Distrito Federal. El Coeficiente de Correlación de Rangos de Spearman mostró una correlación entre el número de consultas odontológicas para cada sexo y el número promedio anual de Equipos de Salud Bucal de la Estrategia de Salud Familiar incluidos en cada región de salud, además de indicar que no existe correlación significativa entre la frecuencia de consultas odontológicas para cada sexo y el ingreso familiar mensual promedio y no mostró correlación entre el número de consultas para ambos sexos y el tamaño de la población de cada región de salud. Se observó un patrón de acceso según sexo, que confirma algunas viejas consideraciones sobre el acceso a los servicios de salud. Las diferencias en el acceso entre regiones sanitarias no pueden explicarse por las diferencias en el ingreso familiar mensual promedio y el tamaño de la población.

Palabras claves: Accesibilidad a los Servicios de Salud, Mujeres, Hombres, Atención Primaria de Salud, Atención Odontológica, Sistema Único de Salud.

INTRODUÇÃO

O artigo 196 da Constituição prevê a universalidade no acesso aos serviços de saúde como um direito social, de modo que a saúde é compreendida como um direito próprio à condição de cidadão, cabendo ao Estado a responsabilidade em garanti-la¹. Programas e estratégias têm sido formulados, com o intuito de aproximar os serviços públicos aos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS)².

O Ministério da Saúde, em 1994, deu início ao Programa Saúde da Família. A partir de 2006, este programa estabeleceu-se como a estratégia prioritária para a reorientação da atenção básica no país, passando a ser denominada de Estratégia de Saúde da Família². Desde 2004, com a implementação da política nacional de saúde bucal, expandiu-se as noções de que a atenção básica odontológica do Sistema Único de Saúde deve ser organizada em prol do acesso universal a serviços de uma atenção integral à saúde, tendo como responsabilidade desenvolver a autonomia dos indivíduos, estimular uma gestão participativa e assumir todos os problemas de saúde da população de um determinado espaço geográfico³.

A noção de acesso é complexa e muitas vezes imprecisa em relação ao uso de serviços de saúde, variando conforme diferentes autores e contextos². O acesso aos serviços de saúde é legitimado e garantido pela Constituição, como um importante exercício da cidadania, controle social e equidade⁴. O acesso universal aos serviços de saúde enfrenta diversas dificuldades para ser concretizado e é influenciado por fatores individuais predisponentes e contextuais, a depender do modelo explicativo utilizado para elucidar esse conceito⁵.

O acesso e a utilização de serviços de saúde são associados a um conjunto de fatores que podem ser categorizados em determinantes da oferta e determinantes da demanda. Compreende-se que os determinantes de oferta incluem aspectos que modulam a oferta de serviços de saúde, tais como fatores associados às condições de acessibilidade geográfica, cultural e organizativa desses serviços em uma determinada sociedade. Já os determinantes da demanda incluem o estado ou necessidade de saúde do usuário dos serviços de saúde, além de aspectos sociais, tais como questões de sexo, etnia, escolaridade, renda e classe social⁶.

Ao longo do desenvolvimento humano, o cuidado em saúde se focou majoritariamente no aspecto reprodutivo do corpo feminino, de modo que indivíduos associados ao sexo masculino foram socialmente educados para serem mais omissos em relação às suas

necessidades de cuidados em saúde e os serviços de saúde foram mais adaptados para o cuidado de pessoas do sexo feminino e menos pautados para o cuidado de indivíduos do sexo masculino, gerando uma preocupação de saúde pública, resultante de um imaginário social fundamentado na desigualdade estrutural entre homens e mulheres⁷. Todavia, no repertório acadêmico odontológico, ainda há uma grande carência de estudos que abordem as relações de acesso e utilização de serviços odontológicos segundo a variável sexo. Em função dessa problemática, necessita-se da realização de estudos que avaliem o acesso a serviços odontológicos conforme a variável sexo, para possibilitar a fundamentação e qualificação das políticas e decisões públicas que garantam um melhor acesso de grupos populacionais conforme suas necessidades. O Distrito Federal (DF) é uma unidade federativa brasileira organizada em 33 regiões administrativas, as quais abrigam aproximadamente 3 milhões de pessoas⁸. O DF é organizado pela Secretaria de Saúde do Distrito Federal em sete regiões de saúde (Central, Centro-Sul, Norte, Sul, Leste, Oeste e Sudoeste)⁹. Nessas regiões de saúde, durante o ano de 2019, haviam 119 Unidades Básicas de Saúde ativas com serviços odontológicos disponíveis para assistir à população. Esse estudo objetiva descrever e caracterizar os indicadores de saúde bucal por região de saúde do Distrito Federal, analisar a relação entre os indicadores de saúde bucal e características contextuais das regiões do DF e analisar a associação entre a variável sexo e as variáveis consulta agendada, atendimento de escuta inicial/ orientação, atendimento de consulta no dia e atendimento de urgência.

METODOLOGIA

O desenho metodológico do estudo pautou-se em uma investigação observacional transversal analítica, a partir de dados secundários provenientes de relatórios do Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB) oriundos da Secretaria de Saúde do Distrito Federal referentes ao ano de 2019. Para tanto, optou-se por uma amostra não probabilística, na qual foram analisados os dados da produção odontológica de Equipes de Saúde Bucal da Estratégia Saúde da Família reconhecidas pelo Ministério da Saúde das Unidades Básicas de Saúde do DF referentes ao ano de 2019. Os dados secundários extraídos consistiram em indicadores da atenção básica odontológica do Sistema Único de Saúde referentes às unidades básicas de saúde do Distrito Federal, durante o período compreendido entre janeiro e dezembro de 2019, englobando as seguintes modalidades de atendimentos

conforme a variável sexo realizados pelas equipes de saúde bucal: atendimento de urgência, consulta agendada, consulta no dia, consulta inicial/orientação referentes às sete regiões de saúde do Distrito Federal (Central, Centro-Sul, Leste, Oeste, Norte, Sudoeste e Sul). Os dados em questão englobam a produção de todas unidades básicas de saúde com atendimento odontológico que enviaram produção de no mínimo uma competência no ano de 2019. Os indicadores da atenção básica odontológica analisados foram categorizados e organizados em planilhas do programa Excel, versão 2019 (Microsoft Corp., Estados Unidos da América).

Os indicadores da atenção básica odontológica conforme a variável sexo foram associados às variáveis contextuais do DF representadas pelos seguintes indicadores, a saber: Porte Populacional de cada região de saúde do Distrito Federal referente ao ano de 2019, obtido da Diretoria de Vigilância Epidemiológica (DIVEP); a Renda Domiciliar Média Mensal divulgada pela Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios- PDAS/DF da Companhia de Planejamento do Distrito Federal, referente ao ano de 2013 e a Quantidade de Equipes de Saúde Bucal (ESB) da Estratégia Saúde da Família (ESF) atuantes em todas as regiões de saúde do Distrito Federal durante o ano de 2019, dado obtido a partir de repasses da Secretaria de Saúde do Distrito Federal. Como o estudo utilizou bases de dados secundárias e de domínio público, ele foi dispensado de apreciação por comitê de ética em pesquisa. Para a análise da evolução da série histórica dos indicadores de saúde bucal conforme a variável sexo oriundos da Secretaria de Saúde do Distrito Federal, foram realizadas as seguintes operações estatísticas: Frequência Relativa, Teste Qui-Quadrado de Pearson e o Coeficiente de Correlação de Spearman. Para a comparação das quantidades relativas dos diferentes tipos de atendimentos realizados pelas equipes de saúde bucal (atendimento de urgência, consulta agendada, consulta no dia, consulta inicial/orientação) conforme as variáveis independentes sexo e região, foram utilizados o cálculo de Frequência Relativa e o Teste Qui-Quadrado de Pearson entre as variáveis, com nível de significância de $\alpha = 0,05$ (5%).

Ademais, para a caracterização e comparação das relações entre a quantidade total das diferentes modalidades de atendimentos odontológicos conforme a variável sexo e as diferentes regiões de saúde do Distrito Federal, também foram utilizados o cálculo de frequência relativa e o Teste Qui-Quadrado de Pearson entre as variáveis com nível de significância de $\alpha = 0,05$ (5%). Em relação a análise estatística para caracterizar a relação entre as diferentes modalidades de atendimento odontológicos incluídos no estudo conforme a variável sexo e o porte populacional de cada região de saúde do Distrito Federal, foram

calculados o percentual do número total de atendimentos odontológicos incluídos nesse estudo conforme a variável sexo por cada mil habitantes da região, além da realização do Teste de Correlação de Postos de Spearman com nível de significância de $\alpha = 0,05$ (5%) para testar uma possível correlação entre as variáveis de interesse. Para compreender a correlação estatística entre a quantidade total de atendimentos odontológicos analisados e a variável sexo, foi realizado o Coeficiente de Correlação de Spearman com nível de significância de $\alpha = 0,05$ (5%). Ademais, para elucidar a correlação estatística entre a quantidade total de atendimentos odontológicos conforme a variável sexo por cada região de saúde, o Coeficiente de Correlação de Spearman com nível de significância de $\alpha = 0,05$ (5%) também foi utilizado.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Independentemente da região de saúde do Distrito Federal a ser considerada, a análise descritiva dos dados referentes aos atendimentos odontológicos conforme a variável sexo incluídos no estudo permitiu a constatação de que a quantidade de atendimentos do sexo feminino se sobressaiu em relação aos atendimentos referentes ao sexo masculino, conforme explicitado na tabela 1.

TABELA 1: Quantidade de atendimentos odontológicos conforme a variável sexo por região de saúde do Distrito Federal. *

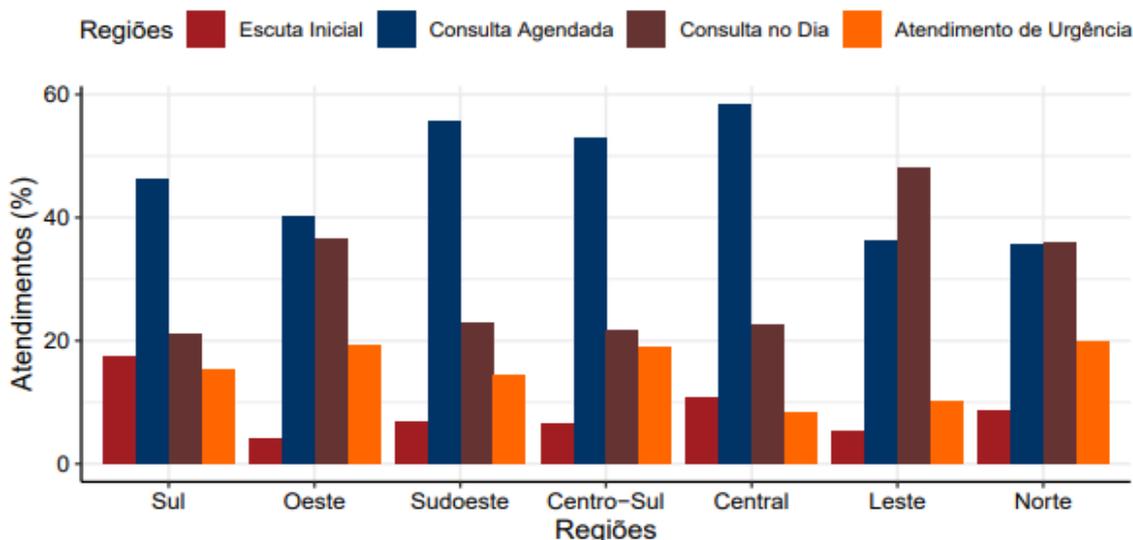
Região	Sexo		Total
	Masculino	Feminino	
Sul	18.395	27.379	45.774
Oeste	21.572	31.163	52.735
Sudoeste	31.336	46.550	77.886
Centro-Sul	13.042	17.840	30.882
Central	8.241	13.418	21.659
Leste	15.832	17.697	33.529
Norte	25.914	36.946	62.860
Total	134.332	190.993	325.325

Fonte: Próprio autor

*De janeiro/2019 a dezembro/2019.

Foi possível constatar, estatisticamente, utilizando-se do cálculo de frequência relativa, que as regiões de saúde do DF com maior diferença relativa entre o sexo masculino e feminino, em termos de quantidades totais de atendimentos odontológicos, são a região Sul e Central, as quais apresentam diferença de mais de 20%, enquanto que a região Leste apresenta a menor diferença (de 6%). O Teste Qui-Quadrado de Pearson foi utilizado para prever o quão significativas são as diferenças entre o número total de atendimentos odontológicos dos sexos masculino e feminino por região de saúde do Distrito Federal. Foram testadas a hipótese nula (“Não há associação entre a variável Região de Saúde do Distrito Federal e a variável Frequência de atendimentos por sexo”) e a hipótese alternativa (“Há associação entre a variável Região de Saúde do Distrito Federal e a variável Frequência de atendimentos por sexo”). O valor do V de Cramer do teste foi igual a 0,01. Como o p-valor ou nível descritivo do teste foi igual a 0,227, foi possível constatar que não há uma diferença significativa entre o número total de atendimentos odontológicos dos sexos masculino e feminino por região de saúde do DF.

GRÁFICO 1: Gráfico de colunas do número relativo de atendimentos por tipo de consulta odontológica conforme região de saúde. *



Fonte: Próprio autor

*De janeiro/2019 a dezembro/2019.

Quanto ao tipo de atendimento, conforme descrito pelo Gráfico 1, constata-se que a consulta agendada é a mais frequente em todas as regiões de saúde do Distrito Federal, com exceção das regiões Leste e Norte. O atendimento do tipo escuta inicial, em contrapartida, não

é muito frequente, dado que as únicas regiões onde ela não é o tipo de consulta menos frequente são as regiões Sul e Central. Mesmo nessas regiões, o atendimento do tipo escuta inicial apresenta uma frequência baixa (abaixo de 20%). Observa-se que, nas regiões Norte e Oeste, o número de consultas no dia e o de consultas agendadas é aproximadamente igual. As regiões Norte e Leste apresentam quantidades relativas de consultas agendadas muito similares. O teste Qui-Quadrado de Pearson foi utilizado para verificar e mensurar as diferenças estatísticas entre as variáveis número de atendimentos por tipo de consulta e região de saúde do Distrito Federal. Foram testadas uma hipótese nula (“Não há associação entre a variável Região de Saúde do Distrito Federal e a variável Frequência de tipos de atendimentos por sexo”) e uma hipótese alternativa (“Há associação entre a variável Região de Saúde do Distrito Federal e a variável Frequência de tipos de atendimentos por sexo”). O V de Cramer (medida de associação de tabelas de contingência) do teste foi igual a 0,15, indicando uma correlação positiva e fraca entre as variáveis região e tipo de atendimento. Como o p-valor ou nível descritivo do teste foi menor que 0,001, pode-se concluir que há diferenças significativas entre o número de atendimentos odontológicos por tipo de consulta dos sexos masculino e feminino por região de saúde do Distrito Federal.

TABELA 2: Número de atendimentos odontológicos e porte populacional conforme região de saúde do Distrito Federal. *

Região	Nº de Atendimentos	Porte Populacional
Central	21659	392698
Central-Sul	30882	380797
Leste	33529	313563
Norte	62860	355006
Oeste	52735	507851
Sudoeste	77886	829672
Sul	45774	272959

Fonte: Próprio autor

*De janeiro/2019 a dezembro/2019.

A análise estatística descritiva evidenciou que as regiões de saúde Sul e Norte apresentam maior número de consultas por 1.000 habitantes, ambas com aproximadamente 17% da população assistida pelas equipes de saúde bucal incluídas no estudo. As regiões de saúde Oeste e Leste apresentam valores muito próximos de consultas por 1.000 habitantes (respectivamente 104 e 107). Nota-se que, de todas as regiões, a que menos possui consultas é a região central (apenas 5,5% da população realizou consultas odontológicas de quaisquer

tipos pelas equipes de saúde bucal incluídas nesse estudo). Para testar uma possível correlação entre a quantidade total de atendimentos odontológicos realizados por região de saúde e o porte populacional de cada região, foi utilizado o Coeficiente/Teste de Correlação de Spearman. O ρ de Spearman do teste foi igual a 0,29. Como o P-valor do teste foi igual a 0,093, constata-se que o número de atendimentos odontológicos por região de saúde incluídos nesse estudo não apresenta correlação com o porte populacional da região de cada região de saúde.

TABELA 3: Número de atendimentos odontológicos conforme a variável sexo e a renda domiciliar média por região de saúde do Distrito federal. *

Região	Nº de atendimentos por sexo		Renda domiciliar média
	Feminino	Masculino	
Central	13418	8241	R\$ 12437,60
Centro-Sul	17840	13042	R\$ 6203,88
Leste	17697	15832	R\$ 5245,75
Norte	36946	25914	R\$ 4209,25
Oeste	31163	21572	R\$ 3157,50
Sudoeste	46550	31336	R\$ 6187,60
Sul	27379	18395	R\$ 3810,50

Fonte: Próprio autor

*De janeiro/2019 a dezembro/2019.

A Tabela 3 aponta que o maior número de atendimentos de pessoas do sexo feminino (46550) é feito para àquelas que possuem renda domiciliar média de R\$ 6187,60, da região Sudoeste do Distrito Federal. O menor número de atendimentos para pessoas desse sexo (13418) acontece para àquelas que possuem a maior renda média, de R\$ 12437,60, na região Central. Foi realizado O Teste de Correlação de Spearman, o qual testou uma hipótese nula (“Não há correlação entre a variável Renda Domiciliar Média por Região e a Frequência de atendimentos por sexo feminino”) e uma hipótese alternativa (“Há associação entre a variável Renda Domiciliar Média e a Frequência de tipos de atendimentos por sexo feminino”). O ρ de spearman do teste foi igual a -0,46. Como o p-valor ou nível descritivo do teste foi igual a 0,302, verifica-se que não há uma correlação significativa entre o número de atendimentos odontológicos referentes ao sexo feminino em cada região de saúde e a renda domiciliar.

A figura acima evidencia as informações de que o maior número de atendimentos para pessoas do sexo masculino (31336) ocorre na região Sudoeste, na qual a renda domiciliar média de R\$ 6187,60. O menor número de atendimentos para pessoas do sexo masculino (8241) ocorre na região Central do Distrito Federal, que possui a maior renda domiciliar média, de R\$ 12437,60. Foi feito o Teste de Correlação de Spearman, o qual testou uma hipótese nula (“Não há correlação entre a variável Renda Domiciliar Média por Região e a Frequência de atendimentos por sexo masculino”) e uma hipótese alternativa (“Há associação entre a variável Renda Domiciliar Média e a Frequência de tipos de atendimentos por sexo masculino”). O ρ de spearman do teste foi igual a -0,54. Como o p-valor ou nível descritivo do teste foi igual a 0,236, verifica-se que não há uma correlação significativa entre o número de atendimentos odontológicos referentes ao sexo masculino em cada região de saúde e a renda domiciliar.

TABELA 4: Número de atendimentos conforme a variável sexo e o número de equipes de saúde bucal da estratégia saúde da família por região de saúde. *

Região	Nº de atendimentos por sexo		Nº de equipes
	Feminino	Masculino	
Central	13418	8241	3
Centro-Sul	17840	13042	23,66
Leste	17697	15832	17,83
Norte	36946	25914	28,91
Oeste	31163	21572	30,5
Sudoeste	46550	31336	44,08
Sul	27379	18395	13,67
Total	190993	134332	161,67

Fonte: Próprio autor

*De janeiro/2019 a dezembro/2019.

Foi realizado o Teste de Correlação de Spearman, a fim de constatar se há correlação ou não entre o número de atendimentos odontológico por sexo específico e o número de equipes de saúde bucal da estratégia da saúde da família. Em relação ao sexo masculino, foram testadas uma hipótese nula (“Não há correlação entre o número de atendimentos do sexo feminino por região e o número de equipes por região”) e uma hipótese alternativa (“Existe correlação entre o número de atendimentos do sexo feminino por região e o número de equipes por região”). O ρ de spearman do teste foi igual a 0,86, indicando uma correlação positiva e forte entre as variáveis. Como o p-valor ou nível descritivo do teste foi igual a 0,024, verifica-se que não há uma correlação significativa entre o número de atendimentos odontológicos referentes ao sexo feminino por região e o número de equipes por região.

Em relação ao sexo masculino, foram testadas uma hipótese nula (“Não há correlação entre número de atendimentos do sexo masculino e o número de equipes por região”) e uma hipótese alternativa (“Existe correlação entre o número de atendimentos do sexo masculino e o número de equipes por região”). O ρ de spearman foi igual a 0,82, indicando uma correlação positiva e forte entre as variáveis. Como o p-valor ou nível descritivo do teste foi igual a 0,034, verifica-se que existe uma correlação linear entre o número de atendimentos odontológicos do sexo masculino e o número de equipes da estratégia da saúde da família.

Em todas as Regiões de Saúde do Distrito Federal, notou-se que pessoas do sexo feminino foram mais assistidas pelas Equipes de Saúde Bucal do que indivíduos do sexo masculino, ratificando um padrão de acesso por sexo, o que vai de encontro com resultados descritos por outros estudos^{10,11,12,13,14,15}.

As pessoas do sexo feminino tendem a demonstrar um padrão de maior preocupação e cuidado com a saúde, sendo imperativo citar o panorama sobre morbidade referida, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil, conforme a faixa etária e a variável sexo, o qual constatou que, em termos da autoavaliação do estado de saúde, 23,5% das mulheres e 18,2% dos homens referem seu estado de saúde como deficiente e que as mulheres acessam mais serviços de exames de rotina e de prevenção (40,3% mulheres e 28,4% homens), enquanto os homens acessam mais os serviços de saúde por motivo de doença (36,3% homens e 33,4% mulheres)^{15,16}. Portanto, é importante que os serviços de saúde, especialmente no contexto da Atenção Primária à Saúde, organizem estratégias que envolvam ações de promoção, prevenção e conscientização para que indivíduos do sexo masculino também acessem serviços de exames de rotina e de prevenção, se embasando na humanização dos atendimentos da atenção básica em saúde, bem como na compreensão da rotina laboral cultural masculina como uma barreira importante para o acesso de indivíduos do sexo masculino^{13,14}.

Em consonância com tais achados, outros estudos concluíram que indivíduos do sexo feminino utilizam mais serviços de saúde do que indivíduos do sexo masculino, com um padrão de acesso bastante similar ao encontrado no cenário do Distrito Federal^{10,11,12}. Todavia, vale salientar que há alguns estudos que demonstram cenários em saúde no Brasil, nos quais o acesso de indivíduos do sexo masculino e feminino foram similares, ou até mesmo, em que o sexo masculino se mostrou mais prevalente no acesso aos serviços de saúde relativos a atendimentos em odontologia e atividades de vacinação, curativos e farmácia^{11,12}. Assim, se

faz imperativa a realização de mais estudos e levantamentos epidemiológicos que estudem as particularidades do acesso aos serviços odontológicos básicos, conforme o sexo, em diferentes municípios e cidades brasileiras, para compreender melhor a extensão do impacto dessa importante variável no acesso aos serviços de saúde.

As Regiões de Saúde se mostraram diferentes entre si, no que se refere à distribuição das modalidades de atendimento, porém a consulta agendada foi o tipo de atendimento mais frequente na maioria das regiões e a escuta inicial foi o menos comum na maioria das regiões. Diferenças de acesso entre as Regiões de Saúde não podem ser explicadas por diferenças na renda domiciliar média mensal e no porte populacional. O presente estudo apresentou uma importante limitação na validade externa dos resultados encontrados, já que os dados de Renda Domiciliar Média Mensal se referem ao ano de 2013. Outro problema é que em todas as regiões de saúde do DF há importantes desigualdades sociais e a renda média é um valor influenciável por valores extremos. Sendo assim, estudos realizados por meio de inquéritos poderiam descrever e analisar essa informação em maior profundidade. Tais achados divergem de outros estudos, que indicam que a desigualdade de renda domiciliar média é um importante determinante para fatores predisponentes, capacitantes e de necessidade de acesso em saúde, mesmo pelas mudanças sociais importantes caracterizadas, sobretudo, pela redução da desigualdade e da pobreza nas duas últimas décadas no Brasil^{17,18,19}.

Por fim, houve correlação positiva entre o número de atendimentos conforme a variável sexo e a quantidade de equipes de saúde bucal da estratégia saúde da família por região de saúde. Vale destacar que no contexto do Distrito Federal a conversão da Atenção Primária à Saúde (APS) para o modelo da Estratégia Saúde da Família (ESF) foi oficialmente estabelecida pela Portaria SES-DF nº 77, de 14 de fevereiro de 2017²⁰, o que ainda é muito recente em relação a outras localidades. Além disso, ainda há uma quantidade menor de equipes de saúde bucal em relação às equipes de saúde da família, o que dificulta a organização dos serviços de saúde, acesso, equilíbrio entre demanda programada e espontânea. Apesar dos problemas mencionados, percebemos que houve uma maior quantidade de atendimentos, em geral, onde havia mais equipes, o que evidencia a importância de sua implantação, conforme preconizado na vinculação de uma Equipe de Saúde Bucal a, no máximo, duas Equipes de Saúde da Família, conforme o Ministério da Saúde²¹.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nas Regiões de Saúde do Distrito Federal, notou-se que pessoas do sexo feminino foram mais assistidas pelas Equipes de Saúde Bucal do que indivíduos do sexo masculino, ratificando um padrão de acesso por sexo consistente com algumas considerações antigas sobre o acesso a serviços de saúde. As Regiões de Saúde se mostraram diferentes entre si, no que se refere à distribuição das modalidades de atendimento, porém a consulta agendada foi o tipo de atendimento mais frequente na maioria das regiões e a escuta inicial foi o menos comum na maioria das regiões. Diferenças de acesso entre as Regiões de Saúde não podem ser explicadas por diferenças na renda domiciliar média mensal e no porte populacional. O presente estudo apresentou uma importante limitação, já que os dados de Renda Domiciliar Média Mensal se referem ao ano de 2013.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. 1Brasil. Constituição. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal; 2016. . Disponível em: <
https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/518231/CF88_Livro_EC91_2016.pdf>
2. 2Travassos C, Martins M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. Cadernos de Saúde Pública.;20(suppl 2):S190–8. [S.L], v.20, n.2, p.190-198, 2004. Disponível em: <
<https://www.scielo.br/j/csp/a/PkyrsjDrZWwzzPVJJPbbXtQ/?lang=pt>>
3. 3BRASIL. DIRETRIZES DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL, Brasília, 2004. Disponível em: <
https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_brasil_sorridente.htm>
4. 4Damasceno KSM, Cruz DN, Barros SG de. Acessibilidade aos serviços odontológicos no SUS: revisão da literatura. Research, Society and Development. 2021 Mar 11;10(3):e17610313194. Disponível em: <
<https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/13194>>
5. 5Assis MMA, Jesus WLA de. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. Ciência & Saúde Coletiva. 2012 Nov;17(11):2865–2875. Disponível em: <
<https://www.scielo.br/j/csc/a/QLYL8v4VLzqP6s5fpR8mLgP/?lang=pt>>
6. 6Barata, R.B. Acesso e uso de serviços de saúde: considerações sobre os resultados da Pesquisa de Condições de vida, 2006. São Paulo em Perspectiva, v. 22, n.2, p. 19-29,

- São Paulo, 2008. Disponível em:
<http://produtos.seade.gov.br/produtos/spp/v22n02/v22n02_02.pdf>
7. Botton A, Cúnico SD, Strey MN. Diferenças de gênero no acesso aos serviços de saúde: problematizações necessárias. *Mudanças - Psicologia da Saúde*. 2017 Jun 21;25(1):67. Disponível em: <https://www.metodista.br/revistas/revistas-metodista/index.php/MUD/article/view/7009>>
 8. 8Ibge.gov.br. 2020. Disponível em:
<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/df/brasil/panorama>
 9. 9Federal S de S do D. Superintendências [Internet]. Secretaria de Saúde do Distrito Federal. [cited 2021 Nov 12]. Disponível em:
<https://www.saude.df.gov.br/superintendencias/>
 10. Cobo, Barbara, Cruz, Claudia e Dick, Paulo C. Desigualdades de gênero e raciais no acesso e uso dos serviços de atenção primária à saúde no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. v. 26, n. 09 [Acessado 22 Abril 2025], pp. 4021-4032. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232021269.05732021>>.
 11. Pinheiro RS, Viacava F, Travassos C, Brito A dos S. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. *Ciênc saúde coletiva* [Internet]. 2002;7(4):687–707. Available from: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232002000400007>
 12. Levorato CD, Mello LM de, Silva AS da, Nunes AA. Fatores associados à procura por serviços de saúde numa perspectiva relacional de gênero. *Ciênc saúde coletiva* [Internet]. 2014Apr;19(4):1263–74. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232014194.01242013>>.
 13. Martins MMF, Teles EJ de S. Barreiras de acesso e acessibilidade enfrentadas pela população masculina nos serviços de atenção primária à saúde. *TEMPUS* [Internet]. 3º de janeiro de 2024 [citado 22º de abril de 2025];13(1):48-6. Disponível em: <<https://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/2620>>.
 14. Cavalcanti J da RD, Ferreira J de A, Henriques AHB, Morais GS da N, Trigueiro JVS, Torquato IMB. Assistência Integral a Saúde do Homem: necessidades, obstáculos e estratégias de enfrentamento. *Esc Anna Nery* [Internet]. 2014Oct;18(4):628–34. Disponível em: <<https://doi.org/10.5935/1414-8145.20140089>>.
 15. Schofield T. et al. Understanding men's health and illness: a gender relations approach to policy, research, and practice. *J. Am. Coll. Health*, v.48, n.6, p.247-56, 2000.
 16. Couto MT, et al. O homem na atenção primária à saúde: discutindo (in) visibilidade a partir da perspectiva de gênero. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, v. 14, p. 257-270, 2010.
 17. Andrade MV, Noronha KVM de S, Menezes R de M, Souza MN, Reis C de B, Martins DR, et al.. Desigualdade socioeconômica no acesso aos serviços de saúde no

- Brasil: um estudo comparativo entre as regiões brasileiras em 1998 e 2008. *Econ Apl* [Internet]. 2013Oct;17(4):623–45
18. Quadra MR, Shäfer AA, Meller F de O. Inequalities in the use of health services in a municipality in Southern Brazil in 2019: a cross-sectional study. *Epidemiol Serv Saúde* [Internet]. 2023;32(1):e2022437.
 19. Oliveira T de S, Pereira AMM. Expressões das desigualdades no acesso aos serviços de saúde na América Latina: uma revisão de escopo. *Ciênc saúde coletiva* [Internet]. 2024;29(7):e04932024.
 20. Fonseca HLP da. A Reforma da Saúde de Brasília, Brasil. *Ciênc saúde coletiva* [Internet]. 2019Jun;24(6):1981–90. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232018246.07902019>>.
 21. Basso MB, Nunes NB, Corrêa LBC, Vieira CN, Vilarinho JLP da S, Pucca GA. A construção da rede de atenção à saúde bucal no Distrito Federal, Brasil. *Ciênc saúde coletiva* [Internet]. 2019Jun;24(6):2155–65. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232018246.08552019>>.

Crise não epiléptica: eventos paroxísticos de origem psicogênica

Non-epileptic crisis: paroxystic events of psychogenic origin

Crisis no epilépticas: eventos paroxísticos de origen psicogénico

Gabriela Gamba da Silva

Andreia Cristina Pontarolo Lidoino

RESUMO

Este artigo aborda a crise não epiléptica em eventos paroxísticos de origem psicogênica. Nele, discute-se as dificuldades que os profissionais da saúde, responsáveis pelo diagnóstico, possuem ao lidar com indivíduos que apresentam sinais e sintomas epilépticos, mas que por sua vez, não tem relação com a epilepsia. Nesse contexto, o objetivo geral é investigar como se dá o processo de diagnóstico da Crise Psicogênica não Epiléptica (CPNE). Para isso, o procedimento metodológico reportou-se ao uso da pesquisa bibliográfica por meio da coleta de dados de artigos publicados que abrangessem e retratassem a temática direcionada à prática clínica, assim, foram analisadas publicações acadêmicas, selecionadas as de interesse, e por meio da observação foram analisados os dados com intuito de reunir o conhecimento produzido sobre o tema. Após a pesquisa, concluiu-se que é necessário que equipes de saúde tenham conhecimento a respeito das características, diagnóstico e tratamento de uma CPNE, para que diante de qualquer ocorrência aparente, busque-se investigar em detalhes o histórico de vida do indivíduo e que esse seja encaminhado para a realização do vídeo-eletroencefalograma, a fim de descartar ou confirmar de maneira correta a investigação e oferecer um tratamento resolutivo.

Palavras-Chave: Crise Psicogênica não Epiléptica, Epilepsia, Vídeo-Eletroencefalograma, Eventos Traumáticos.

ABSTRACT

This article addresses the non-epileptic seizure in paroxysmal events of psychogenic origin. It discusses the difficulties that health professionals, responsible for the diagnosis, have when dealing with individuals who present epileptic signs and symptoms, but which, in turn, are not related to epilepsy. In this context, we investigate the process of diagnosing Non-Epileptic Psychogenic Crisis (NCNE). For this, the bibliographic research was used as a methodological procedure. During this process, data was collected from published articles that covered and portrayed the theme directed to clinical practice, thus, academic publications were analyzed, those of interest were selected, and through observation, the data were analyzed in order to gather the knowledge produced. About the subject. After research, it was concluded that it is necessary for health teams to be aware of the characteristics, diagnosis and treatment of a PNEC, so that, in the face of any apparent occurrence, they seek to investigate, in detail, the individual's life history and that, in sequence, the patient is referred to the video-electroencephalogram, in order to correctly discard or confirm the investigation and offer a resolute treatment.

Keywords: Non-Epileptic Psychogenic Crisis, Epilepsy, Video-Electroencephalogram, Traumatic Events.

RESUMEN

Este artículo aborda la crisis no epiléptica en eventos paroxísticos de origen psicógeno. Discute las dificultades que los profesionales de la salud, responsables por el diagnóstico, tienen al tratar con individuos que presentan signos y síntomas epilépticos, pero que, a su vez, no están relacionados con la epilepsia. En este contexto, investigamos el proceso de diagnóstico de Crisis Psicógenas No Epilépticas (NCFE). Para ello, se utilizó como procedimiento metodológico la investigación bibliográfica. Durante este proceso, se recogieron datos de artículos publicados que cubrían y retrataban la temática dirigida a la práctica clínica, así, se analizaron publicaciones académicas, se seleccionaron las de interés y, a través de la observación, se analizaron los datos para recoger el conocimiento producido. Sobre el tema. Luego de la investigación, se concluyó que es necesario que los equipos de salud conozcan las características, el diagnóstico y el tratamiento de una PNEC, para que, ante cualquier aparente ocurrencia, busquen investigar, en detalle, la historia de vida del individuo. y que, en secuencia, se remita al paciente al video-electroencefalograma, con el fin de descartar o confirmar correctamente la investigación y ofrecer un tratamiento resolutivo.

Palabras clave: Crisis Psicógenas no Epilépticas, Epilepsia, Video-Electroencefalograma, Eventos Traumáticos.

INTRODUÇÃO

A Crise Psicogênica não Epiléptica - CPNE é determinada por episódios de alteração súbita ou gradual do comportamento, movimento, sensação ou consciência, semelhantes à convulsão, não fictícia que se apresentam por meio de expressões motoras, sensoriais e psicológicas, que por sua vez, não são ocasionadas por descargas epilépticas irregulares, mas que possuem relação com um provável sofrimento mental. A partir disso, a possibilidade de ocorrer a confusão no diagnóstico é comum, uma vez que a falta de investigações aprofundadas por parte dos profissionais e informações incompletas do paciente, referente seus sintomas, dificultam o diagnóstico.

A CPNE foi denominada por neurologistas da idade contemporânea, logo após a inserção do vídeo-eletroencefalograma (EEG) em centros de epilepsias. A partir desse marco, por volta de 1964, Liske e Forster originaram o termo pseudo-convulsões, que também significaria tais eventos sem alterações iguais a da epilepsia, que poderiam ser observados por meio do EEG^{1,2}. Em conseqüente, surgiram diferentes vocábulos, porém, os mais utilizados de forma científica são "convulsões não epilépticas psicogênicas", e "dissociação", os quais são

vistos como métodos de defesas que auxiliam o usuário a lidar com traumas, assim, a CPNE também compreende que situações traumáticas geram dissociação mental.

Sobretudo, tremores, movimentos de flexões e extensões, ausência de respostas, desmaios, e postura tônica, são reflexos de uma CPNE, com notável modificação no nível de consciência, porém, que não retrata anormalidade no EEG. Há ainda, uma relatividade e variações nos perfis de personalidade de cada indivíduo portador da crise, os quais, além das dificuldades que enfrentam em lidar com seus problemas do cotidiano, possuem maior tendência em sofrer de ansiedade, depressão, transtornos e, pós-traumas.

Apesar da possibilidade de confusão nos diagnósticos, existem várias maneiras de diferenciar a epilepsia da CPNE, como também é possível que o indivíduo seja diagnosticado com os dois tipos de crises, o que torna mais desafiador chegar a uma conclusão fidedigna do caso. Entretanto, as principais causas que as diferem estão baseadas na duração dos episódios e no resultado do EEG, no qual, o tratamento adequado para CPNE requer acompanhamento e terapia, evitando assim, a indicação farmacológica, a fim de, contribuir para com a qualidade de vida e cessar até mesmo por completo as crises.

Portanto, a descoberta da CPNE é um desafio, visto que não se encontra muitos estudos nessa área a respeito do que vem a ser seu diagnóstico preciso, para assim, diferenciá-la das demais epilepsias. Além dos sintomas parecidos que podem levar alguns especialistas a uma não detecção fidedigna, tal crise afeta cerca de 20% a 30% dos pacientes atendidos em centros de epilepsia, o que demonstra a importância de ser investigada³.

Um diagnóstico equivocado induz a administração de anticonvulsivantes no meio intra-hospitalar e, ainda, a indicação para o consumo diário domiciliar, o que pode causar como consequência, o surgimento de danos ao paciente. Dado que, anticonvulsivantes não tratam a CPNE, pois a mesma requer um tratamento com a atenção voltada ao estado mental do portador, com a finalidade do mesmo, conseguir enfrentar e lidar com os problemas diários.

Desse modo, estudos acadêmicos se fazem necessários, pois geram dados e destacam alertas para as possíveis consequências que desencadeiam a CPNE e, as dificuldades mais comuns em diagnosticá-la. O diferencial no diagnóstico e tratamento corretos podem gerar melhor qualidade de vida aos pacientes. Entretanto, são informações que auxiliam na busca para capacitar os profissionais que devem nortear a família e o portador adequadamente a respeito do assunto, de forma que os tranquilize e solucione a questão, a fim de amenizar a apreensão e sentimento de incapacidade diante dos fatos, sinais e sintomas.

Este artigo parte da seguinte problemática: Quais as dificuldades que os profissionais da saúde responsáveis pelo diagnóstico possuem ao lidar com indivíduos que apresentam sinais e sintomas epilépticos, mas que por sua vez, não possui relação com a epilepsia? Com base nisso, esta pesquisa tem como objetivo geral investigar como se dá o processo de diagnóstico da CPNE. Em continuidade, os objetivos específicos são: identificar as características da CPNE, descrever como ocorre o diagnóstico, destacar o que a difere da Epilepsia e ainda, analisar as formas de tratamentos dos portadores de CPNE.

METODOLOGIA DA PESQUISA

Optou-se para o desenvolvimento deste estudo, a metodologia de pesquisa bibliográfica, com coleta de dados de artigos publicados que abrangessem e retratassem a temática direcionada a prática clínica, de forma a analisar as publicações de interesse, selecionar, observar, descrever e classificar dados com intuito de reunir o conhecimento produzido sobre o tema. Os artigos foram selecionados com sustentação em consulta às bases de dados da *National Library of Medicine (Medline/via PubMed)*.

A pesquisa bibliográfica ou qualitativa é desenvolvida por meio de estudos e anotações resultantes de pesquisas já existentes descritas em livros, artigos, revistas, teses e outros. A descrição torna-se fundamento dos temas que serão pesquisados e, assim, o investigador realiza a análise e o estudo através da colaboração dos autores passados⁴. Conforme Minayo (2014)⁵:

O método qualitativo é o que se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam. (MINAYO, 2014, p. 57)

Em consequente, a pesquisa bibliográfica tem como objetivo esclarecer a problemática por meio de referências expostas em livros, artigos, dissertações e teses, nas quais busca-se entender e averiguar as cooperações existentes do passado e atualidade a respeito do assunto⁶. Desse modo, a metodologia infiltra como estratégia científica, a análise, a qual advém de separar as partes e dar ênfase as mais importantes⁷. Análogo a isso, Boccato (2006)⁸ expõe que:

A pesquisa bibliográfica busca a resolução de um problema (hipótese) por meio de referenciais teóricos publicados, analisando e discutindo as várias contribuições

científicas. Esse tipo de pesquisa trará subsídios para o conhecimento sobre o que foi pesquisado, como e sob que enfoque e/ou perspectivas foi tratado o assunto apresentado na literatura científica. Para tanto, é de suma importância que o pesquisador realize um planejamento sistemático do processo de pesquisa, compreendendo desde a definição temática, passando pela construção lógica do trabalho até a decisão da sua forma de comunicação e divulgação. (BOCCATO, 2006, p. 266)

Dessa forma, a pesquisa bibliográfica, de fato, trouxe subsídios para o conhecimento sobre a CPNE, delineando como assunto é apresentado na literatura científica. Também foi realizado o planejamento sistemático desse processo da pesquisa, compreendendo a definição dessa temática, a sua construção lógica e, enfim, a formas de comunicação e divulgação. Isso posto, após o levantamento dos dados, foi realizado a sistematização dos mesmos, estabelecendo relações pertinentes e necessárias para a análise crítica e discussão dessa relação, com base em teorias concernentes.

DEFINIÇÃO E CARACTERÍSTICAS DA CRISE PSICOGÊNICA NÃO EPILÉPTICA

Existem dois tipos de episódios de convulsões não epiléticas, a convulsão fisiológica não epilética e, a convulsão psicogênica não epilética. Ao se tratar da questão fisiológica, significa o próprio evento epilético ocasionado por um desalinhamento sistêmico paroxístico, como por exemplo, hipoglicemia, aura de enxaqueca, intoxicações, distúrbios e ataques isquêmicos transitórios. Entretanto, a convulsão psicogênica não epilética não possui ligação com atividades cerebrais, mas é ocasionada devido algum sofrimento ou questão mental⁹.

Portanto, denomina-se CPNE, situações em que o indivíduo tem por meio do corpo manifestações que retratam convulsões epiléticas, mas que não há relação com a atividade ligada à epilepsia. Logo, embora qualquer idade pode ser acometida por tal crise, o índice tem foco frequente no sexo feminino com idade de 20 a 30 anos⁹.

É possível restringir de maneira etiológica a CPNE a quatro protótipos. O primeiro baseado nos pressupostos de Freud¹⁰ (1893-1895), tendo como afirmação que a CPNE se manifesta de forma física devido o estresse emocional. O segundo protótipo é idealizado por Moore e Baker¹¹ (1997), no qual analisaram que, a CPNE é resultado do comportamento aprendido e do condicionamento operante, ou seja, a relação entre o comportamento e sua consequência.

Em consequente, os outros dois protótipos mais atualizados, voltaram-se aos mecanismos de dissociações. Assim, Bowman¹² (2006) relatou que, a CPNE sucede lembranças dissociativas ou atribuições da mente instituídas por questões traumáticas. Para Baslet¹³ (2011), CPNE é decorrente de uma resposta dissociativa aguda a uma intimidação ou a uma condição de elevada excitação, e mesmo assim, não se encontrou um protótipo que retrata todos, mas cada um explica de forma parcial a crise.

No entanto, após a CPNE, acontece uma alteração de respostas automáticas que é vista como involuntária e não desejada, mas é motivada pelas experiências dos usuários que relembram as convulsões. Ou seja, indivíduos saudáveis conseguem lidar com emoções negativas do dia a dia, já aqueles que possuem a crise psicogênica mostram anormalidade frente aos gatilhos emocionais e produzem respostas comportamentais que retratam os ataques parecidos com convulsões.

DIAGNÓSTICO DA CRISE PSICOGÊNICA NÃO EPILEPTICA

Na investigação tanto médica quanto psiquiátrica, há motivo de suspeitar-se de CPNE quando o histórico de vida do paciente envolve mecanismos psicológicos. Logo, para a psiquiatria há algumas formas de definir a crise, como o DSM (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) – IV e o CID (Código Internacional de Doenças) - 10/11, que caracterizam a conversão e os distúrbios dissociativos e, o DSM – 5 que discorre sobre as patologias neurológicas funcionais³.

De fato, os pacientes tendem a ter outras sintomatologias, como por exemplo, depressão, ansiedade e principalmente, traumas e transtorno de estresse pós-traumático. Desse modo, o diagnóstico da CPNE é indispensável, visto que, a sua não identificação pode ocasionar danos ao usuário por meio das altas doses de medicamentos anticonvulsivantes administrados no ato em que se suspeita de epilepsia. A priori, a epilepsia e a CPNE possuem diversos sinais e sintomas diferentes, como mostra a seguinte tabela 01¹⁴:

Tabela 01: Diferenças entre Crise Psicogênica Não Epiléptica e Crise Epiléptica.

Manifestações	Crise Psicogênica Não Epiléptica	Crise Epiléptica
Aura	Menos frequente	Mais frequente
Duração dos eventos ictais	>10 minutos	<70 segundos (<2 minutos para convulsões tônico-clônicas)
Padrões de convulsão	Padrões espaciais não estereotipados, menos organizados,	Progressão estereotipada e organizada

	variáveis ritmicidade e amplitude de movimentos	
Descobertas clínicas	Movimentos assíncronos dos membros, atividade clônica fora de fase, movimentos de agitação rítmicos com episódios de inatividade, movimentos laterais da cabeça, movimentos pélvicos, distônicos, postura corporal, fechamento dos olhos durante o evento	Adução bilateral e rotações externas dos membros seguidas de extensão tônica de todos os quatro membros, produção de movimentos clônicos espasmódicos antes do deslocamento ictal
Vocalização	Presente não só no início do evento, pode oscilar, persistir e estar presente, com diferentes intensidades de tom, durante todo o curso do episódio ictal	No início das convulsões
Sintomas subjetivos	Menos frequente	Mais frequente
Incontinência urinária	Menos frequente	Mais frequente
Ocorrência à noite	Menos frequente	Mais frequente
Autolesão Ictal	Menos frequente	Mais frequente

Fonte: Elaborado por ANZELLOTTI et al., (2020), adaptado pelo autor.

A descoberta da CPNE pode surgir por meio da associação de dados, como o histórico do indivíduo, análises do EEG e vídeo caseiro. Para um diagnóstico determinado, sugere-se quatro afirmações, as quais podem ser consideradas possível, provável, clinicamente estabelecida ou documentada¹⁴:

- **Possível CPNE**: casos em que uma testemunha ou o paciente relata eventos ictal, e o EEG interictal é normal. Um EEG interictal anormal também pode ser consistente com um diagnóstico de possível CPNE.
- **CPNE Prováveis**: os casos em que os eventos ictal com um indicativo semiológico de CPNE são testemunhados por um médico especialista ou avaliados por gravação de vídeo-EEG que também não indicam atividade epileptiforme ictal. Situações em que falta a observação do início do episódio do ictal ou a avaliação é feita por um médico que não tem experiência em avaliações ictal tornam a CPNE "provável".
- **CPNE clinicamente estabelecida**: casos em que um especialista em epilepsia testemunha os episódios, e os achados semióticos e objetivos são compatíveis com a CPNE. Isso inclui situações em que, por exemplo, há resistência à abertura dos olhos, a interação com o paciente durante o episódio é possível, pois mantém algum nível de consciência e responsividade parcial, ou o episódio ictal cessa à medida que o médico convence o paciente a interrompê-lo. Nenhuma atividade epileptiforme no EEG interictal ou ictal pode ser encontrada.
- **CPNE documentadas**: casos em que o diagnóstico produzido por um especialista em epilepsia levando em conta a semiologia típica da CPNE e nenhuma atividade epileptiforme relacionada ao EEG é encontrada em qualquer fase do evento ictal, ou antes e depois dele. (ANZELLOTTI, 2020, p. 8)

Aproximadamente 10% dos indivíduos que tem CPNE também possuem epilepsia, o que dificulta o diagnóstico¹⁵. Portanto, o que se procura em pacientes que possuem os dois diagnósticos são, comorbidades psiquiátricas que se relacionam com a epilepsia, a ocorrência

de uma convulsão, na qual segue a CPNE e, o aparecimento de sintomas em pessoas que estão se recuperando da epilepsia com a finalidade de chamar a atenção do cuidador¹⁶. Apesar da difícil descoberta e poucos estudos a respeito do duplo diagnóstico, o mesmo deve ser considerado quando indivíduos com epilepsia apresentam tipos não esperados de convulsões voltados às características e frequências¹⁴.

Ainda, para o diagnóstico adequado, é ideal o uso da monitorização ampliada do EEG (que fornece o registro do diferencial entre a voltagem dentre locais do cérebro durante determinado tempo) no momento em que acontece a crise. Entretanto, algumas convulsões não mostram irregularidades no devido momento, durante o monitoramento do EEG, ou pode também, haver ocultações de informações pelos movimentos, o que dificulta a distinção entre epilepsia e CPNE^{17,18}.

Quando isso ocorre, é preciso haver uma análise de dados como o histórico do indivíduo, narração daqueles que presenciou o fato, investigações clínicas, e o EEG ictal (durante a crise) e interictal (período entre convulsões)^{17,18}. Um meio que auxilia no diagnóstico da CPNE é o vídeo caseiro, quando gravado por um familiar a ocorrência da crise, visto que, torna possível a averiguação e procura por sinais que a diferencia da epilepsia, e que caracteriza a crise não epiléptica.

Em resumo, um diagnóstico fidedigno é feito quando, a história de vida do paciente é adaptável a CPNE, os sinais e sintomas estabelecem associação à CPNE quando avaliados e correlacionado-os com o EEG e as crises não possuem padrões rítmicos em todas as fases (antes, durante e após o ocorrido). Uma norma significativa e que representa 85% de acerto para a CPNE, é a denominada “2 s”, quando ao menos dois EEG realizados mostram resultados normais, em companhia de dois episódios de crises a cada sete dias e, resistência à duas drogas antiepilépticas¹⁹.

FORMAS DE TRATAMENTOS PARA PORTADORES DE CRISE PSICOGÊNICA NÃO EPILEPTICA

No âmbito dos atendimentos e análises voltados à CPNE, devido a falta de pesquisas sobre tomadas de decisões adequadas, o encaminhamento dos pacientes quando recebidos nos atendimentos básico e hospitalar, é realizado para que se direcionem à especialistas em convulsão epiléptica. Sobretudo, o tratamento por meio de fármacos não é indicado, visto que

a CPNE não responde a medicação e não causa sequelas diretas, podendo assim, ser tratada por meio de interferências verbais e comportamentais²⁰.

O tratamento farmacológico (antidepressivos e ansiolíticos) pode ocorrer quando há outras intercorrências e diagnósticos além da CPNE, dado que, indivíduos com tal crise são suscetíveis a terem outros tipos de transtornos, ansiedade e/ou depressão, assim, há a prescrição de medicamentos para melhor controle dos sintomas. Em continuidade, o tratamento mental, volta-se para diversos tipos de terapias, como por exemplo, a analítica cognitiva, psicodinâmica, interpessoal, hipnoterapia e familiar, além da necessidade de acompanhamento e monitoramento²¹. Caso não tratada, a CPNE pode debilitar o sistema cerebral e assim, reestabelecer as incitações de estresses, tornando-as constantes, o que pode resultar em um problema clínico crônico com difícil restauração²².

Para Toffa²³ (2020), “Independentemente do nível de certeza no diagnóstico da CPNE, é importante posteriormente encaminhar o paciente para acompanhamento epiléptico e neuropsiquiátrico.” De fato, o encaminhamento à especialistas facilita a descoberta e promove com mais facilidade a investigação de epilepsia associada, a fim de tratar o quanto antes.

Após o diagnóstico, o tratamento pode ser dividido em três partes. A primeira etapa está voltada à comunicação da descoberta. O diálogo empático e positivo, pode ser realizado para com o paciente na presença de familiares como forma de método para melhor entendimento. O artigo “Convulsões psicogênicas não epiléticas em crianças e adolescentes: Parte II – explicações às famílias, tratamento e desfechos em grupo”, descreve um exemplo de abordagem do médico para com a família e uma paciente chamada Mary²²:

Deve estar muito aliviado por Mary não ter convulsões epiléticas e que ela não tenha nenhuma doença cerebral desagradável. Mary tem convulsões não epiléticas, que são causadas por estresse. Tem havido muita pesquisa sobre esses tipos de convulsões nos últimos 10 anos. Agora os pesquisadores têm algumas hipóteses muito boas sobre o que pode estar acontecendo. Parece que o cérebro é muito sensível aos efeitos do estresse. Agora, quando digo "estresse", quero dizer qualquer evento que o corpo ache estressante – doença, lesão ou sofrimento emocional causado por eventos estressantes da vida ou por trauma. Agora, no caso de Mary, parece que [os estressores restados na história da família] ativaram seu sistema de estresse – incluindo sistemas de estresse em seu cérebro. Sabemos que seu sistema de estresse é ativado porque seu corpo está sinalizando isso de várias maneiras: [identificar os sintomas relacionados ao estresse sofridos pela criança, como dor, aumento da frequência respiratória, aumento da frequência cardíaca]. Parece que o sistema de estresse da Mary foi ligado, mas não está desligando como deveria. Convulsões não epiléticas são apenas outro tipo de sintoma de estresse. Mary também é uma menina, e ela é pós-pubertal. Todos esses transtornos relacionados ao estresse são mais comuns em meninas porque os hormônios sexuais femininos também ativam o sistema de estresse. (KOZLOWSKA *et al*, 2018, p. 166)

De fato, as respostas de defesa do corpo são antecipadas por alterações na excitação. Assim, a CPNE pode ser desencadeada por meio da elevação súbita na excitação cortical, o que leva uma suspensão funcional (dissociação) de áreas cerebrais que atuam juntas²². Com base nisso, o artigo “Convulsões psicogênicas não epiléticas em crianças e adolescentes: Parte II – explicações às famílias, tratamento e desfechos em grupo” também ressalta explicações caso a família queira entender a respeito do assunto com mais exatidão²²:

As partes mais novas do cérebro (o córtex) são muito sensíveis ao estresse e podem ser interrompidas pelo estresse e por hormônios do estresse (catecolaminas e opioides endógenos). Quando a função cerebral é interrompida, as partes do cérebro que processam excitação e emoções – regiões de processamento de emoções – tornam-se hiperativas, e parecem interromper programas motor-sensoriais e causar todos os tipos de sintomas motores e sensoriais estranhos. No caso de Mary, ela tem [descrever todos os sintomas funcionais motores e sensoriais sofridos pela criança]. Às vezes, quando há aumentos repentinos na excitação, o cérebro estressado é empurrado para o limite de sua capacidade. Quando isso acontece, as partes mais antigas do cérebro (o tronco cerebral), que geralmente são controladas pelo córtex, podem sair do controle, nesse caso Mary pode ter uma convulsão não epilética. Sabemos que você nunca ouviu falar de convulsões não epiléticas antes, mas vemos crianças e adolescentes com convulsões não epiléticas o tempo todo. Vimos algumas crianças que se apresentaram como Mary. Há muitos nomes diferentes para essas convulsões não epiléticas, então vou escrever todos para você. Por favor, tenha cuidado se você procurá-los na Internet, porque adultos com essa condição não se importam muito bem, enquanto as crianças fazem muito bem – então você não quer ler coisas na Internet que não se aplicam a Mary. Para tratar Mary, precisaremos ajudá-la a aprender a lidar com o estresse e como regular melhor a resposta de seu corpo e cérebro ao estresse. Isso pode ser difícil no início, e até mesmo os adultos acham difícil de fazer. Mas nós realmente tivemos muito sucesso com as crianças, e também precisaremos trabalhar com sua família e a escola de Mary para tentar gerenciar os problemas complicados que você levantou. (KOZLOWSKA *et al*, 2018, p. 166)

Em sequência, a segunda parte está ligada à intervenção terapêutica aguda, como análises psiquiátricas, o que se deve levar em consideração que, somente 5% dos pacientes não possuem transtornos e estressores²⁴. Com base na estratégia de tratamento, ainda, medicamentos anticonvulsivantes devem ser interrompidos, exceto se o indivíduo tenha apresentado efeitos benéficos ao uso¹⁷.

Logo, a parte final volta-se às medidas de intervenções de longo período, que compreendem psicoterapia e fármacos para outras comorbidades psicológicas¹⁷. Dentre a psicoterapia e a terapia cognitivo-comportamental, a última citada possui mais eficácia^{25,26}. Além dessas, a terapia psicodinâmica também pode contribuir de forma significativa para com o tratamento da CPNE^{27,28}.

CONCLUSÃO

De fato, é evidente que a crise convulsiva pode ser confundida com a crise psicogênica devido as semelhanças entre si. Desse modo, apesar da chance de um indivíduo ser acometido por ambas, pode haver o repasse de diagnóstico e tratamento errôneos, os quais podem causar danos graves ao portador como: efeitos adversos de medicamentos anticonvulsivantes, continuidade dos eventos e qualidade de vida prejudicada.

Sobretudo, é necessário que equipes de saúde tenham conhecimento a respeito da tomada de decisões e de momentos em que deve suspeitar de CPNE. Assim, diante de qualquer ocorrência aparente, é papel do profissional buscar investigar detalhadamente o histórico de vida do indivíduo e encaminhá-lo para a realização do EEG, a fim de descartar ou confirmar de maneira correta o diagnóstico e oferecer um tratamento resolutivo.

Depressão, ansiedade, traumas e transtorno de estresse pós-traumático são capazes de acompanhar ou desencadear a CPNE. Portanto, quando houver a ocorrência da crise, é necessário que familiares observem a duração e frequência, além de procurar por comorbidades mentais e situações de sofrimento do cotidiano do portador, a fim de ajudá-lo a lidar com tais problemas.

Acredita-se que ao realizar esta pesquisa foi possível expor por meio deste artigo questões pertinentes de análise a respeito dos sinais e sintomas, diagnóstico e tratamento da CPNE. Logo, a resolução do problema acontece quando identificada a crise e tratada adequadamente, assim, é possível que haja a formação de vínculo entre paciente e familiares quando revisto possíveis traumas e aprimorado tentativas em superá-los, facilidade e conhecimento em tomada de decisões dos familiares diante dos episódios, redução de gastos, melhor qualidade de vida e engajamento no meio social do indivíduo, e ainda, a possibilidade de descontinuidade dos episódios epilépticos de origem psicogênica.

REFERÊNCIAS

1. LISKE, E.; FORSTER, Francis M. **Pseudoseizures a problem in the diagnosis and management of epileptic patients**. Neurology, Minneápolis, v. 14, n. 41, p. 41, 1964.

2. GOODWIN, Jean; GROSS, Meir. **Pseudoseizures and Incest**. American Journal of Psychiatry, v. 153, 1979.

3. LANZILLOTTI, Alejandra Inés, et al. **Updated Review on the Diagnosis and Primary Management of Psychogenic Nonepileptic Seizure Disorders**. Neuropsychiatric Disease and Treatment, Buenos Aires, v. 17, p. 1825-1838, 2021.

4. SEVERINO, Antônio Joaquim. **Metodologia do trabalho científico**. Cortez, São Paulo, p. 1-274, 2013.

5. MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14ª edição. São Paulo: Hucitec Editora, 2014.

6. CERVO, Amado Luiz, et al. **Metodologia Científica**. Pearson Prentice Hall, São Paulo, 2007.

7. DEMO, Pedro. **Metodologia do Conhecimento Científico**. Atlas, São Paulo, 2013.

8. BOCCATO, Vera Regina Casari. **Metodologia da pesquisa bibliográfica na área odontológica e o artigo científico como forma de comunicação**. Rev. Odontol. Univ. Cidade São Paulo, São Paulo, v. 18, n. 3, p. 265-274, 2006.

9. JR, William Curt Phillip Lafrance, et al. **Minimum requirements for the diagnosis of psychogenic nonepileptic seizures: A staged approach**. Epilepsia: Official Journal of the International League Against Epilepsy, v. 54, n. 11, p. 2005-2018, 2013.

10. BREUER, Josef; FREUD, Sigmund. **Studies on hysteria (1893-1895)**. The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud, v. 2, 1955.

11. MOORE, Pascale M.; BAKER, Gus A. **Non-epileptic attack disorder: a psychological perspective**. Elsevier, Liverpool, v. 6, p. 429-434, 1997.

12. BOWMAN, Elizabeth. **Why Conversion Seizures Should Be Classified as a Dissociative Disorder**. Psychiatric Clinics of North America, v. 29, n. 1, p. 185-211, 2006.

13. BASLET, Gaston. **Psychogenic non-epileptic seizures: A model of their pathogenic mechanism.** Elsevier, v. 20, n. 1, p. 1-13, 2011.
14. ANZELLOTTI, Francesca, et al. **Psychogenic Non-epileptic Seizures and Pseudo-Refractory Epilepsy, a Management Challenge.** Frontiers in Neurology: Epilepsy, v. 11, n. 461, p. 1-14, 2020.
15. LABINER, David M., et al. **Essential services, personnel and facilities in specialized epilepsy centers-revised 2010 guidelines.** Epilepsia, Minneapolis, v. 51, n. 11, p. 2322-2333, 2010.
16. KUTLUBAEV, Mansur A., et al. **Dual diagnosis of epilepsy and psychogenic nonepileptic seizures: systematic review and meta-analysis of frequency, correlates and outcomes.** Epilepsy e Behavior, v. 89, p. 70-78, 2018.
17. JR, William Curt Phillip Lafrance, et al. **Management of psychogenic nonepileptic seizures.** Psychiatric Disorders in Epilepsy, Rhode Island, v. 54, p. 53-67, 2013.
18. DAVIS, Bradley John. **Predicting nonepileptic seizures utilizing seizure frequency, EEG, and response to medication.** European Neurology, v. 51, n. 3, 2004.
19. CUTHILL, Fiona M.; ESPIE, Colin A. **Sensitivity and specificity of procedures for the differential diagnosis of epileptic and non-epileptic seizures: A systematic review.** Seizure, v. 14, p. 293-303, 2005.
20. JUNGILLIGENS, Johannes, et al. **Misdiagnosis of prolonged psychogenic non-epileptic seizures as status epilepticus: epidemiology and associated risks.** Journal of Neurology, Neurosurg, and Psychiatry, Alemanha, v. 92, p. 1341-1345, 2021.
21. MARTLEW, Jayne, et al. **Psychological and behavioural treatments for adults with non-epileptic attack disorder.** Cochrane Database of Systematic Reviews, Nova Jersey, p. 1-43, 2014.
22. KOZLOWSKA, Kasia, et al. **Psychogenic non-epileptic seizures in children and adolescents: Part II – explanations to families, treatment, and group outcomes.** Clinical Child Psychology and Psychiatry, Westmead/Austrália, v. 23, n. 1, p. 160-176, 2018.

23. TOFFA, Dènahin Hinnoutondji, et al. **The first-line management of psychogenic non-epileptic seizures (PNES) in adults in the emergency: a practical approach.** Acta Epileptologica, v. 2, n. 7, p. 1-11, 2020.
24. WITGERT, Mariana E., et al. **Frequency of panic symptoms in psychogenic nonepileptic seizures.** Epilepsy Behavior, v. 6, 2005.
25. GOLDSTEIN; Laura Hilary, et al. **Cognitive-behavioral therapy for psychogenic nonepileptic seizures.** Neurology, Londres, v. 74, p. 1986-1994, 2010.
26. MAYOR, Rebecca, et al. **Long-term outcome of brief augmented psychodynamic interpersonal therapy for psychogenic nonepileptic seizures: seizure control and health care utilization.** Full-Length Original Research 1169, Sheffield, v. 51, n. 7, p. 1169-1176, 2010.
27. CONWILL, Martin, et al. **CBT-based group therapy intervention for nonepileptic attacks and other functional neurological symptoms: a pilot study.** Epilepsy e Behavior, v. 34, p. 68-72, 2014.
28. WISEMAN, Hannah, et al. **A multicenter evaluation of a brief manualized psychoeducation intervention for psychogenic nonepileptic seizures delivered by health professionals with limited experience in psychological treatment.** Epilepsy e Behavior, v. 63, p. 50-56, 2016.

**Dispneia, risco de queda e capacidade funcional no pós-operatório de
cirurgias abdominais e urológicas**

**Dyspnea, risk of falling and functional capacity in the postoperative period
of abdominal and urological surgery**

**Disnea, riesgo de caída y capacidad funcional en el postoperatorio de
cirugía abdominal y urológica**

Bianca Alves de Lima¹

Caroline de Medeiros²

Regina Helena Senff Gomes³

Arlete Ana Motter⁴

RESUMO

O estudo tem como objetivo investigar qual a relação entre a capacidade funcional, risco de queda e dispneia em pacientes no período pós-operatório de cirurgias abdominais e urológicas por laparoscopia e laparotomia internados em uma enfermaria. Trata-se de uma revisão integrativa da literatura com a busca eletrônica nas bases de dados *PubMed*, *LILACS* e *ScienceDirect*, de artigos em português, inglês e espanhol no período de 2017 a 2021. A amostra incluída passou por 3 fases de análise sendo que toda a seleção de artigos foi realizada por dois avaliadores, e em casos de discordância, um terceiro avaliador foi incluído. Ao final, 16 artigos foram incluídos nesta revisão, sendo 8 do tipo estudos observacionais analíticos de coorte, 2 do tipo estudo controlado randomizado, 1 ensaio clínico randomizado, 1 estudo de coorte, 1 estudo prospectivo, 1 estudo prospectivo transversal multicêntrico, 1 revisão de literatura e 1 estudo transversal descritivo. Conclui-se que exercícios pré-operatórios são benéficos à capacidade funcional dos indivíduos. O risco de quedas não foi abordado diretamente por nenhum artigo. A dispneia, associada a outras questões respiratórias, foi abordada como complicação pós-operatória e a mortalidade e morbidade, mais frequentes em cirurgias abertas e emergenciais, sendo que, cirurgias minimamente invasivas possuem melhores desfechos.

¹ Bianca Alves de Lima, Fisioterapeuta, Complexo Hospitalar de Clínicas da Universidade Federal do Paraná - Curitiba - (PR) - Brasil.

² : Caroline de Medeiros, estudante de Fisioterapia, Universidade Federal do Paraná - Curitiba - (PR) - Brasil.

³ : Regina Helena Senff Gomes, Fisioterapeuta, Complexo Hospitalar de Clínicas da Universidade Federal do Paraná - Curitiba - (PR) - Brasil.

⁴ Arlete Ana Motter, Doutora, Fisioterapeuta, Departamento de Prevenção e Reabilitação em Fisioterapia. Fisioterapia/ Universidade Federal do Paraná - Curitiba - (PR) - Brasil.

Palavras-Chaves: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde; Acidentes por Quedas; Dispneia; Período Pós-Operatório.

ABSTRACT

The study aims to investigate the relationship between functional capacity, risk of falling and dyspnea in patients in the postoperative period of abdominal and urological surgeries by laparoscopy and laparotomy hospitalized in a ward. This is an integrative literature review with an electronic search in PubMed, LILACS and ScienceDirect databases, for articles in Portuguese, English and Spanish from 2017 to 2021. The sample included went through 3 phases of analysis, with all the selection of articles was performed by two evaluators, and in cases of disagreement, a third evaluator was included. In the end, 16 articles were included in this review, 8 of which were observational analytical cohort studies, 2 were randomized controlled trials, 1 randomized clinical trial, 1 cohort study, 1 prospective study, 1 prospective cross-sectional multicenter study, 1 review of literature and 1 descriptive cross-sectional study. It is concluded that preoperative exercises are beneficial to the functional capacity of individuals. The risk of falls was not addressed directly by any article. Dyspnea, associated with other respiratory issues, was addressed as a postoperative complication and mortality and morbidity, more frequent in open and emergency surgeries, and minimally invasive surgeries have better outcomes.

Keywords: International Classification of Functioning, Disability and Health; Accidental Falls; Dyspnea; Postoperative Period.

RESUMEN

El estudio tiene como objetivo investigar la relación entre la capacidad funcional, el riesgo de caída y la disnea en pacientes en el postoperatorio de cirugías abdominales y urológicas por laparoscopia y laparotomía hospitalizados en sala. Se trata de una revisión integrativa de la literatura con búsqueda electrónica en las bases de datos PubMed, LILACS y ScienceDirect, de artículos en portugués, inglés y español de 2017 a 2021. La muestra incluida pasó por 3 fases de análisis, con toda la selección de artículos realizada por dos evaluadores, y en caso de desacuerdo, se incluyó un tercer evaluador. Al final, se incluyeron 16 artículos en esta revisión, de los cuales 8 fueron estudios de cohortes analíticos observacionales, 2 ensayos controlados aleatorios, 1 ensayo clínico aleatorio, 1 estudio de cohortes, 1 estudio prospectivo, 1 estudio multicéntrico transversal prospectivo, 1 revisión de literatura y 1 estudio descriptivo transversal. Se concluye que los ejercicios preoperatorios son beneficiosos para la capacidad funcional de los individuos. El riesgo de caídas no fue abordado directamente por ningún artículo. La disnea, asociada a otros problemas respiratorios, fue abordada como una complicación postoperatoria y la mortalidad y morbilidad, más frecuente en cirugías abiertas y de emergencia, y las cirugías mínimamente invasivas tienen mejores resultados.

Palabras claves: Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud; Accidentes por Caídas; Disnea; Periodo Posoperatorio.

INTRODUÇÃO

Cirurgias abdominais são abordagens rotineiras para o tratamento e diagnóstico de diversas patologias, e que podem ocorrer por duas vias: laparotomia e videolaparoscopia. Enquanto a Laparotomia indica uma abertura cirúrgica da cavidade abdominal, a

videolaparoscopia indica a utilização de uma microcâmera para um procedimento cirúrgico minimamente invasivo.^{1,2}

Cirurgias de um modo geral são procedimentos invasivos e estressantes, e em sua grande maioria, necessitam de repouso como parte do processo de recuperação. Contudo, períodos de inatividade prolongados predisõem a perda de massa muscular, descondicionamento físico, úlceras de decúbito, redução da mobilidade, complicações pulmonares, redução da qualidade de vida, aumento da mortalidade e morbidade, além de elevar os custos hospitalares.³

As complicações pulmonares são comuns após cirurgias abdominais, especialmente a disfunção diafragmática, que decorre da inibição reflexa da estimulação do nervo frênico ocasionada pela manipulação dos órgãos abdominais e também do próprio esôfago durante o procedimento cirúrgico.⁴ A dispneia é o sintoma respiratório mais comum e traduz-se por uma sensação de dificuldade respiratória, a qual gera uma limitação nas atividades de vida diária, bem como na prática de exercícios.⁵

Ainda no que se refere às complicações pulmonares, observa-se uma redução nas capacidades pulmonares, as quais, capacidade vital (redução de 50 a 60%) e capacidade residual funcional (redução de 30%), bem como uma redução na pressão inspiratória (diminuição de 32%) e na pressão expiratória (diminuição de 42%).⁶

Tem-se que cirurgias de grande porte ocasionam perda da massa muscular magra, diminuição da capacidade aeróbica, aumento da resposta inflamatória sistêmica e alteração do equilíbrio homeostático.⁷

Diversos estudos indicam que o imobilismo no leito (a partir de 7 a 15 dias) é causador de diversas alterações no sistema musculoesquelético, que por sua vez, podem ocasionar atrofia muscular, hipotrofia, contratura articular e osteoporose. Ainda de acordo com a literatura, verifica-se que esse declínio funcional acomete entre 34 a 50% dos pacientes hospitalizados.^{8,9,10}

A Organização Mundial da Saúde (OMS), estima que aproximadamente 37,3 milhões de quedas graves ocorrem anualmente e que aproximadamente 646.000 pessoas morrem anualmente em virtude de quedas.⁹ A ocorrência de quedas no ambiente hospitalar é um dos eventos adversos mais frequentes e favorece o aumento dos índices de mortalidade e morbidade, prolonga o tempo de internação e eleva os custos hospitalares. Destaca-se que o período pós-operatório é tido como um dos fatores de risco de queda independentemente da

via de acesso utilizada na cirurgia, isso porque qualquer procedimento cirúrgico afeta a mobilidade do paciente e conseqüentemente aumenta o risco para quedas.^{12,13}

Considerando o supracitado, o presente estudo buscou correlacionar a capacidade funcional, o risco de queda e a dispneia nos pacientes hospitalizados submetidos a cirurgias abdominais e urológicas, tanto por laparotomias quanto por videolaparoscopias.

DESENVOLVIMENTO

Trata-se de revisão integrativa da literatura mediante a busca eletrônica nas bases de dados *PubMed*, *LILACS* (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde) e *ScienceDirect*, em 14 de setembro de 2021. O objetivo foi comparar a capacidade funcional, o risco de queda e a dispneia de pacientes em ambiente hospitalar, submetidos a cirurgias abdominais e urológicas por laparotomias e videolaparoscopias. Deste modo, primeiramente foi elaborada a pergunta de pesquisa: “Qual a relação entre a capacidade funcional, risco de queda e dispneia no período pós-operatório de cirurgias abdominais e urológicas por laparoscopia e laparotomia em pacientes internados em uma enfermaria?”.

Após delinear a pergunta, foram consultados os termos “funcionalidade”, “quedas”, “dispneia”, “urologia”, “cirurgia”, “laparotomia” e “pós-operatório” no sistema DeCS/MeSH (Descritores em Ciências da Saúde). Os termos descritos no MeSH, foram então adicionados na busca avançada da base de dados *PubMed* para gerar uma combinação de descritores para cada termo desejado. Todos esses termos encontrados foram então combinados para, só assim, gerar um único termo de busca, o qual foi utilizado para fazer a pesquisa nas bases de dados, sendo ele: “*Laparoscopy*” OR “*Urologic Surgical Procedures*” OR “*Digestive System Surgical Procedures*” OR “*Laparotomy*” AND “*Postoperative Care*” OR “*Postoperative Period*” AND “*International Classification of Functioning, Disability and Health*” OR “*Accidental Falls*” OR “*Dyspnea*”.

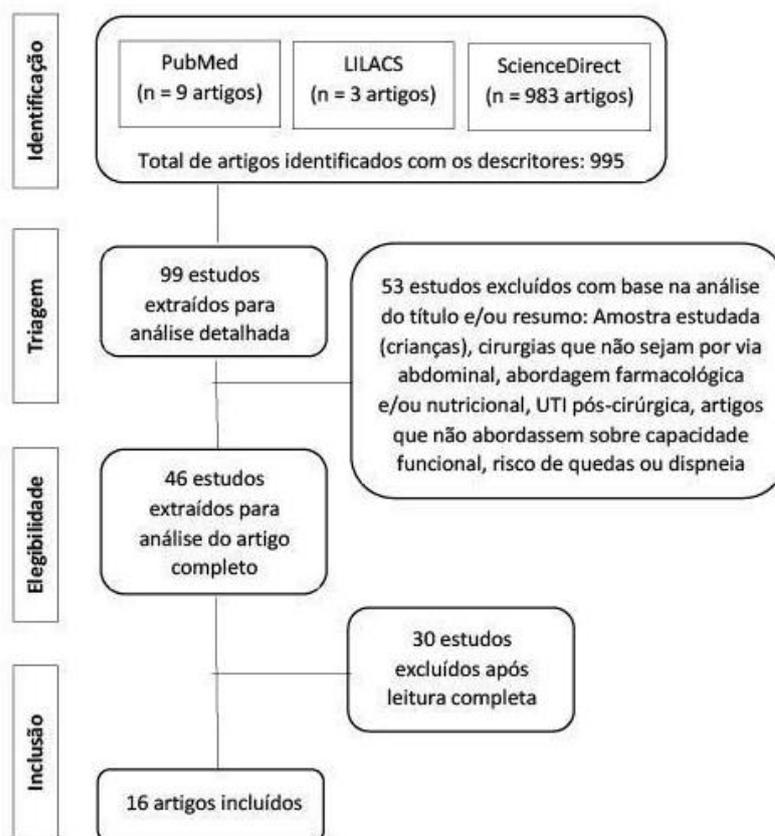
A amostra compreende artigos selecionados a partir da leitura prévia de títulos e resumos e posterior leitura completa dos estudos selecionados. Toda a seleção de artigos foi realizada por dois avaliadores (BL e CM), sendo que em casos de discordância, um terceiro avaliador (RSG) verificava se o estudo seria ou não incluído na revisão integrativa.

Têm-se, portanto, como critérios de inclusão: I) Período de publicação - 2017 a 2021; II) Idioma - português, inglês e espanhol; III) População estudada - pacientes adultos e idosos em pós-operatório de cirurgias abdominais ou urológicas por laparoscopia e laparotomia; IV) Tipos de estudo - artigos de revisão e artigos de pesquisa, disponíveis na íntegra;

Já como critérios de exclusão, foram definidos: I) Amostra estudada - crianças; II) Procedimentos abordados - pacientes submetidos a cirurgias ginecológicas e vasculares, cirurgias que não sejam via por via abdominal, que abordem sobre o tratamento farmacológico e questões nutricionais, pacientes em UTI pós-cirúrgica, artigos que não abordassem sobre capacidade funcional, risco de quedas ou dispneia; III) Idioma fora do padrão definido; IV) Artigos não disponíveis na íntegra.

Mediante o descritor utilizado, foram contabilizados 995 artigos. Após a aplicação dos filtros mencionados esse número reduziu para 99 e com a seleção por meio dos títulos e resumos foram definidos 46 estudos para leitura completa. Utilizando-se dos mesmos critérios de inclusão/exclusão e leitura/desempate, a amostra final do presente estudo resultou em 16 artigos (Figura 1).

Figura 1: Fluxograma do processo de seleção dos artigos.



Fonte: As autoras.

3 RESULTADOS

Com o intuito de otimizar o tema, propôs-se a criação de um quadro (Quadro 1) com os principais pontos a serem discutidos acerca dos artigos incluídos na presente revisão.

Dentre os 16 artigos incluídos, 8 são estudos observacionais analíticos do tipo coorte, 2 são estudos controlados randomizados e para ensaio clínico randomizado, estudo de coorte, estudo prospectivo, estudo prospectivo transversal multicêntrico, revisão de literatura e estudo transversal descritivo foi incluído 1 estudo de cada categoria.

Os estudos abrangem 6 países, estando mais concentrados nos Estados Unidos (n=9), seguido da China (n=2) e do Canadá (n=2) e por fim, Brasil, Egito e Espanha com 1 estudo em cada país. Percebe-se que o continente com maior destaque é a América (n=12), sendo 11 estudos da América do Norte e 1 da América do Sul.

Dentre os desfechos analisados, destaca-se que 10 artigos abordaram questões relacionadas às complicações pós-operatórias, realizando comparações entre cirurgias por laparoscopia e laparotomia, principalmente no que diz respeito à mortalidade, morbidade, reinternação hospitalar, infecções pós-cirúrgicas, tempo de internação e complicações médicas gerais.

No que se refere à capacidade funcional temos 5 artigos que abordaram o tema, 7 artigos fazem alusão às questões respiratórias e nenhum dos artigos incluídos aborda o assunto risco de quedas.

Quadro 1: Principais achados dos artigos selecionados

AUTOR, ANO E PAÍS	TIPO DE ESTUDO	PRINCIPAIS ACHADOS
Peponis et al. 2017 Estados Unidos	Estudo transversal descritivo	Cirurgias de emergência têm maior grau de mortalidade e morbidade comparada a cirurgias eletivas, não sendo considerado o nível de complexidade das cirurgias. Foi desenvolvida uma escala: “ <i>Emergency Surgery Score (ESS)</i> ” para prever o nível de mortalidade pós-operatória em cirurgias de emergência. A taxa geral de mortalidade em 30 dias foi de 10,2% e a taxa geral de morbidade em 30 dias foi de 43,8%
Tooley et al. 2018 Estados Unidos	Estudo observacional, analítico do tipo coorte	Verificou-se que 7681 pacientes foram submetidos a ressecção abdominoperineal, sendo 66,5% por laparotomia e 2574 33,5% por laparoscopia. Aponta os riscos pós-operatórios de ambas as técnicas: infecções do sítio cirúrgico, pneumonia, sepse, trombose venosa profunda, embolia pulmonar, complicações renais, transfusão pós-operatória, reintubação e reoperação, os quais ocorreram mais frequentemente no grupo submetido a procedimento aberto. O tempo de hospitalização diminuiu significativamente na coorte laparoscópica em 2,4 dias.
Renshaw et al. 2021 Estados Unidos	Estudo observacional, analítico do tipo coorte	Os grupos de comparação foram criados baseados nos níveis de exercícios pré-operatórios, sendo 4 categorias: nenhum, esporádico (uma vez por mês), moderado (uma vez por semana) e intenso (mais de uma vez por semana). Identificou-se que 61,7% das cirurgias foram abertas, 19,7% por assistência robótica e 8,9% por laparoscopia. A qualidade de vida relatada pelo paciente em 30 dias de pós-operatório e a dor não diferiram significativamente entre os grupos de exercícios após a análise multivariada. O estudo demonstrou diminuição das chances de

		complicações pós-operatórias e readmissão com base no nível de exercício pré-operatório e pacientes com índices de exercícios mais elevados apresentaram menos complicações nos 30 dias seguintes à cirurgia.
Aziz et al. 2020 Estados Unidos	Estudo observacional, analítico do tipo coorte	Os dados foram categorizados em: cirurgia aberta, laparoscópica e cirurgia robótica, sendo feitas comparações antropométricas, demográficas e pré-operatórias entre os 3 grupos. Pacientes tratados em cirurgia aberta eram mais propensos a apresentarem infecção do sítio cirúrgico, íleo pós-operatório, sepse sistêmica, pneumonia, intubação não planejada, falha no desmame da ventilação mecânica em 48 horas, insuficiência renal progressiva, insuficiência renal aguda, infecção do trato urinário, infarto do miocárdio, comprimento prolongado de internação (> 6 dias) e óbito em 30 dias. A laparoscopia foi associada a menos complicações médicas gerais e menos pacientes com tempo de internação > 6 dias, em comparação com a abordagem aberta. A cirurgia robótica foi associada a uma taxa reduzida de tempo de internação prolongado em comparação com a abordagem aberta.
Ladak et al. 2019 Canadá	Estudo observacional, analítico do tipo coorte	Foram avaliadas as variáveis: reabordagem cirúrgica e intervenção não operatória nos 30 dias pós cirurgia. Foram analisados os dados de 243.747 pacientes, sendo que deste montante, 3014 passaram por uma reabordagem cirúrgica e 1536 sofreram uma intervenção não cirúrgica. Como complicações, 5,48% dos pacientes submetidos a bypass gástrico tiveram complicações e no grupo da gastrectomia vertical o índice foi de 2,28%, sendo as principais: sangramento e infecção de tecidos moles, abertura de incisão cirúrgica e vazamentos pela incisão.
Mahvi et al. 2019 Estados Unidos	Estudo observacional, analítico do tipo coorte	Foram incluídos para análise, 10.719 pacientes submetidos a pancreaticoduodenectomia. Obtiveram como resultados preditivos de alta não domiciliar na análise multivariada: sexo feminino, idade avançada, IMC mais alto, estado funcional não independente, tabagismo, ASA classe 3 ou superior e pacientes transferidos de um hospital externo. As comorbidades significativamente preditivas incluíram dispneia, DPOC, ascite, diálise e hipoalbuminemia. As variáveis intraoperatórias associadas à alta não domiciliar foram maior duração da cirurgia, abordagem cirúrgica aberta, textura pancreática mais macia, colocação de dreno e inserção de tubo de jejunostomia.
Sun e Fong, 2017 Estados Unidos	Revisão de literatura	O estudo revisou as evidências sobre o impacto da cirurgia de câncer minimamente invasiva e assistida por robô (torácica, gastrointestinal, ginecológica, geniturinária) nos resultados cirúrgicos e na qualidade de vida. Verificou-se que cirurgias minimamente invasivas tem vantagens sobre cirurgias abertas (laparotomias), tais como: redução de complicações pós-operatórias e pulmonares e redução da taxa de infecção pulmonar, sendo que em morbimortalidade não houve diferenças; portanto, procedimentos minimamente invasivos conferem vantagem equivalente e potencialmente superiores em resultados cirúrgicos selecionados sem comprometer os resultados oncológicos. Existem poucas evidências sobre o impacto dos procedimentos minimamente invasivos nos resultados funcionais e na qualidade de vida dos pacientes.
Li et al. 2020 China	Estudo controlado randomizado	Os pacientes foram divididos aleatoriamente em 2 grupos: os que receberam baixa FiO ₂ (30%) ou alta FiO ₂ (80%) e todos foram avaliados pelo instrumento <i>Assess Respiratory Risk in Surgical Patients in Catalonia</i> (ARISCAT) <i>risk score</i> após a randomização. Os pacientes participantes foram entubados durante a cirurgia, assistidos por ventilação mecânica por volume controlado, Peep de 6 a 8 cmH ₂ O, ins: ex = 1:2; pressão inspiratória 30 cm H ₂ O. A única diferença entre os dois grupos

		foi a FIO2. Complicações pulmonares nos primeiros 7 dias pós cirurgias ocorreram em 34,4% dos pacientes que receberam FiO2 30% e 46,8% dos pacientes que receberam FiO2 80%. Atelectasia: 13,6% e 23,8%, respectivamente; infecção respiratória: 15,2% e 24,6%; derrame pleural: 21,6% e 26,2%; infecção da ferida operatória: 14,4% e 9,5%; náusea e vômito: 16,8% e 8,7%. Dois pacientes que receberam Fio2 80% foram a óbito.
Beck et al. 2018 Estados Unidos	Estudo observacional, analítico do tipo coorte	Verificou-se que diabetes, metástases, distúrbios hemorrágicos, malignidade adrenal primária, hemorragia são fatores pré-operatórios relacionados com aumento dos índices de readmissão dos pacientes após as cirurgias. 79% das cirurgias foram realizadas por laparoscopia, e o risco de admissão foi menor comparado à intervenção aberta (4,3%). A variável pós-operatória mais comum relacionada à readmissão foi complicações por infecção. Ressalta-se que cirurgias via laparoscopia obtiveram melhores resultados que cirurgias abertas.
Calderón et al. 2019 Espanha	Estudo prospectivo, transversal, multicêntrico	440 pacientes responderam a questionários de qualidade de vida (QV) e psicológicos. No pós-operatório imediato, os participantes sofreram comprometimento significativo da função emocional e social, bem como da QV global, com pontuação <70 em 100. Após a cirurgia, o estado psicológico dos pacientes sofreu deterioração significativa.
Abdelaal et al. 2017 Egito	Estudo controlado randomizado	Os pacientes foram aleatoriamente designados para receber exercícios respiratórios e gerais por 2 semanas antes da operação (grupo I; n = 26) duas sessões de fisioterapia e fisioterapia especializada por semana (cada uma 40 min) em comparação com o grupo não engajado em qualquer exercício (grupo II; n = 24). Pacientes do grupo intervenção (grupo I) apresentaram função pulmonar superior em todos os parâmetros do grupo II. Complicações pulmonares pós-operatórias ocorreram em 15 pacientes (62%) no grupo controle (grupo II) e em 7 pacientes (27%) no grupo de intervenção (grupo I). Devido ao treinamento muscular respiratório, os sujeitos do grupo I apresentaram força inspiratória e resistência muscular respiratória superiores ao grupo II no período pré-operatório. Apesar disso, ambos os grupos apresentaram declínio no desempenho da musculatura respiratória após a cirurgia devido a dores, drenos e pneumoperitônio.
Chen et al. 2018 Estados Unidos	Estudo observacional, analítico do tipo coorte	Foi identificado no estudo que a fragilidade e dependência funcional estão associadas com o aumento de complicações pós-operatórias precoces. Os resultados de coortes combinadas e análises de regressão logística multivariável mostraram que tanto a fragilidade quanto a dependência funcional foram associadas a maiores chances de complicações pós-operatórias precoces, incluindo morbidade geral, morbidade grave, mortalidade em 30 dias, reoperação e readmissão pós-operatória.
Khorgami et al. 2017 Canadá	Estudo observacional, analítico do tipo coorte	Um total de 27.608 pacientes foram submetidos a cirurgias bariátricas por videolaparoscopia em 2012 e 2013. Destes, 26.620 (96,4 %) fizeram apenas cirurgia bariátrica e 988 (3,6%) cirurgia bariátrica e hernioplastia. O grupo de cirurgia bariátrica associada a hernioplastia foi mais propenso a complicações como: reabordagem cirúrgica dentro de 30 dias, readmissão hospital em 30 dias (não programada). Os desfechos foram encontrados: evento adverso composto, retorno não planejado de 30 dias à sala de cirurgia, readmissão hospitalar não planejada, diferenças no tempo operatório, desfechos de morbidade individual, tempo de internação hospitalar, destino de alta diferente de casa e mortalidade em 30 dias.
Huang et al. 2017	Estudo prospectivo	O objetivo foi investigar os fatores de risco para perda muscular aguda após cirurgia de câncer gástrico e seu efeito na qualidade de vida (QV) e

China		resultados pós-operatórios em curto prazo. A massa muscular esquelética dos pacientes foi medida por tomografia computadorizada 1 mês antes e 1 semana após a cirurgia. A qualidade de vida foi avaliada 1, 3 e 6 meses após a cirurgia. Aqueles com perda muscular clinicamente relevante tiveram uma maior incidência de complicações pós-operatórias, uma maior incidência de redução da força de preensão manual $\geq 10\%$, maior tempo de internação e maior custo hospitalar.
Feeney et al. 2018 Estados Unidos	Estudo de coorte	Foram incluídos pacientes adultos (acima de 18 anos) que realizaram uma das seguintes cirurgias (eletivas e de emergência): apendicectomia, colecistectomia, laparotomia, colectomia, ressecção do intestino delgado, reparo de úlcera péptica e lise de bridas. Como desfechos principais temos: morte dentro de 30 dias após a cirurgia, presença de qualquer complicação (ferida, infecção, lesão neurológica, questões renais, cardíacas, respiratórias, intubação não planejada ou falha no desmame $\geq 48h$ e hematológicas), reoperação dentro de 30 dias. Pacientes que realizaram procedimentos de emergência apresentavam mais doenças crônicas que os pacientes do outro grupo, incluindo: diabetes, doença pulmonar obstrutiva crônica, hipertensão, feridas prévias, uso de esteroides, insuficiência cardíaca congestiva, perda de massa muscular (acima de 10%) e dependentes de diálise.
Santos et al. 2018 Brasil	Ensaio clínico randomizado	Participaram 114 pacientes submetidos a cirurgias abdominais eletivas abertas. Os pacientes foram randomizados em dois grupos, sendo um grupo controle (GC) que realizava avaliação completa e orientações quanto a importância da deambulação e da inspiração profunda; e um outro grupo intervenção (GI), no qual eram realizadas avaliação e a aplicação de um protocolo de assistência fisioterapêutica iniciados após 6 horas do procedimento cirúrgico. A fisioterapia melhora significativamente as funções respiratórias e reduz o tempo de internamento hospitalar. O grupo intervenção apresentou discreto aumento no quadro de dor. O protocolo fisioterapêutico obteve otimização da mecânica ventilatória e da frequência respiratória no grupo intervenção. A fisioterapia pós-operatória aumentou a mobilidade diafragmática, gerando um padrão muscular ventilatório fisiológico e maior expansibilidade toracopleuropulmonar.

4 DISCUSSÃO

A capacidade funcional pode ser descrita como o grau independência que o indivíduo possui para desenvolver suas atividades de vida diária (banhar-se, vestir-se, alimentar-se, etc.) e para realizar suas atividades instrumentais de vida diária (cozinhar, lavar roupas, arrumar a casa, etc.)¹⁴

Quanto menor a capacidade funcional do indivíduo, maior é o tempo de hospitalização, favorecendo a ocorrência de institucionalização, pior prognóstico clínico e maior risco de complicações.¹⁵

Em nossa pesquisa, os 5 artigos que abordaram a capacidade funcional trazem resultados semelhantes aos descritos na literatura disponível sobre o assunto. A realização de exercícios pré-operatórios influencia positivamente na qualidade de vida dos pacientes e reduz

o risco de complicações pós-operatórias, além de diminuir o índice de readmissão hospitalar. Observou-se também que pacientes submetidos a cirurgias menos invasivas tendem a apresentar melhores níveis de funcionalidade e de qualidade de vida.^{16,17}

Ainda no tocante à funcionalidade, destaca-se que ela está relacionada à fragilidade, sendo inversamente proporcional à mesma, logo, maiores índices de funcionalidade indicam um menor índice de fragilidade e vice-versa.¹⁸

A perda de massa muscular, a fadiga e a dor foram fatores concernentes à redução da capacidade funcional, ao aumento do tempo de internação hospitalar e a piora da qualidade de vida.^{16,17,19,20}

Sobre o risco de queda relacionado à intervenções abdominais, nenhum artigo encontrado aborda diretamente o risco de quedas ou fatores associados ao mesmo, apenas indicam a possibilidade de ocorrência de quedas como sendo uma complicação associada à funcionalidade e ao próprio internamento hospitalar.

A Organização Mundial da Saúde (OMS), apresenta dados relacionados a quedas estimando que ocorrem anualmente 37,7 milhões de quedas graves, necessitando de atenção médica, e aproximadamente 646.000 mortes por ano decorrentes de quedas, sendo considerada a queda, a segunda principal causa mundial de mortes acidentais. Baseada nessa informação é importante a identificação dos fatores de risco de queda, no intuito de eliminar esses fatores e assim reduzir a probabilidade de queda.¹³

No Brasil, o risco de queda é um dos quesitos relacionados à segurança do paciente, a qual compreende um conjunto de ações que objetiva evitar riscos desnecessários aos pacientes, baseada na prestação de assistência de saúde de maneira segura, com integralidade, resolutividade e atendimento humanizado.^{21,22}

O Ministério da Saúde criou em 2013 o Programa Nacional de Segurança do paciente, visando a criação e implementação de protocolos de segurança nas diversas instituições de saúde brasileiras, para que sejam adotadas práticas de atendimento seguras ao paciente. Este foi baseado nos requisitos de segurança do paciente estabelecidos pela OMS, a qual definiu 6 protocolos básicos de segurança: Identificação do paciente; higiene das mãos; segurança cirúrgica; segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos; prevenção de quedas dos pacientes e prevenção de úlceras por pressão.^{21,22}

É importante ressaltar que os indivíduos que sofrem quedas possuem em média 12,3 dias a mais de internação hospitalar e a ocorrência de tal incidente pode aumentar em até 61% nos custos hospitalares. Dados mundiais apontam que cerca de 30% dos idosos sofrem quedas

pelo menos uma vez por ano. No Brasil, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) publicou um boletim em 2016 sobre incidentes relacionados a saúde, o qual apontou um total de 9.423 falhas durante a assistência, sendo que destas, 3.600 (38,2%) eram relacionadas a quedas, ocupando a segunda colocação dentre as causas de notificações de incidentes.^{22, 23}

A alusão a questões respiratórias foi abordada em 7 artigos. A ocorrência de dispneia foi tida como uma complicação pós-operatória de cirurgias por via abdominal, sendo acompanhada de outras complicações respiratórias, as quais: falência respiratória, pneumonia, pneumotórax, infecções respiratórias, atelectasia, embolias pulmonares, derrame pleural e insuficiência respiratória.^{24,25,26,27,28,29,30}

A manipulação da cavidade abdominal ocasionada em virtude de procedimentos cirúrgicos leva à diminuição significativa dos volumes e capacidades pulmonares nas primeiras horas de pós-operatório. Uma das possibilidades atreladas a este fato é a possível inibição reflexa do nervo frênico, com conseqüente disfunção diafragmática, a qual gera disfunções na ventilação e na expansão pulmonar.³¹

As cirurgias abdominais acarretam alterações na mecânica respiratória e conseqüentemente no padrão respiratório e nas trocas gasosas, podendo interferir ainda nos mecanismos de defesa pulmonar e de complacência pulmonar ampliando o aparecimento de complicações pulmonares pós-operatórias.³²

A incidência de complicações pulmonares no pós-operatório de cirurgias abdominais é de 5% a 30%, e elas aumentam o tempo de internação hospitalar, demandam maior uso de medicamentos e elevam o custo hospitalar, além de serem importantes causas de morbidade e mortalidade.³³

Em relação às capacidades pulmonares, estima-se que haja uma redução de 50% a 60% da capacidade vital e de 30% da capacidade funcional residual, conseqüentes à disfunção do diafragma, a dor pós-operatória e ao colapso alveolar.³²

A mortalidade, a morbidade e complicações pós-cirúrgicas foram assuntos debatidos em 11 dos artigos incluídos nesta pesquisa. Cirurgias abertas e cirurgias de emergência apresentaram maiores índices de mortalidade e morbidade, bem como um grande número de complicações pós operatórias (que incluem infecções de forma geral, complicações cardíacas, renais, neurológicas e respiratórias, deiscência da ferida operatória, reabordagem cirúrgica, entre outras).^{16,17,18,24,25,26,,29,34,35,36,37}

Cirurgias videolaparoscópicas ou cirurgias minimamente invasivas apresentaram melhores desfechos alusivos aos índices de morbidade e mortalidade, bem como menores índices de complicações pós-operatórias.^{16,17,18}

5 CONCLUSÃO

Com essa revisão integrativa, conclui-se que a prescrição de exercícios pré-operatórios é benéfica à capacidade funcional dos indivíduos, melhorando a qualidade de vida e reduzindo os riscos de complicações pós-operatórias e índice de readmissão hospitalar. No quesito respiratório, a dispneia foi abordada como uma complicação pós-operatória de cirurgias por via abdominal, mas acompanhada de outras complicações. Além da questão respiratória, os artigos abordaram também mortalidade e morbidade, sendo elas mais frequentes em cirurgias abertas e emergenciais. Os melhores desfechos foram observados nas cirurgias videolaparoscópicas.

Foram encontradas limitações de estudos no que diz respeito ao risco de quedas, pois nenhum artigo desta revisão abordou diretamente o tema em pacientes submetidos a cirurgias abdominais ou urológicas.

REFERÊNCIAS

1. Amaravadi Sampath Kumar *et al.* A Study of Incentive Spirometry in Patients Underwent Open Abdominal Surgery. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*. 2016 Jan, Vol-10(1): KC01-KC06
2. Sarah Rabelo Fernandes *et al.* Análise das vantagens e desvantagens da cirurgia videolaparoscópica em relação à laparotomia: uma revisão integrativa de literatura. *Research, Society and Development*, v. 10, n. 12, e157101220356, 2021 (CC BY 4.0) | ISSN 2525-3409 | DOI: <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i12.20356>
3. ValKenet, K; *et al.* . The effects of preoperative exercise therapy on postoperative outcome: a systematic review. *Clinical Rehabilitation* 2011; 25: 99–111.

4. SALTIEL, R. V.; BRITO J. N. de; PAULIN, E.; SCHIVINSKI, C. I. S. Cinesioterapia respiratória nas cirurgias abdominais: breve revisão. Arq. Ciênc. Saúde UNIPAR, Umuarama, v. 16, n. 1, p. 3-8, jan./abr. 2012.
5. Saad, IAB; *et al.* Correlação entre a frequência respiratória e escalas de avaliação de dispneia. Fisioterapia Brasil - Volume 13 - Número 6 - novembro/dezembro de 2012
6. Bastos, LC *et al.* Pressões inspiratória e expiratória máximas no pré e pós-operatório de cirurgias abdominais altas. Revista da Universidade Vale do Rio Verde | v. 16 | n. 1 | jan./jul. 2018.
7. Gonçalves, CG.; Groth, AK. Pré-habilitação: como preparar nossos pacientes para cirurgias abdominais eletivas de maior porte? Rev Col Bras Cir46(5):e20192267.DOI: 10.1590/0100-6991e-20192267
8. Costa, FM; *et al.* Avaliação da Funcionalidade Motora em Pacientes com Tempo Prolongado de Internação Hospitalar.UNOPAR Cient Ciênc Biol Saúde 2014;16(2):87-91.
9. Gardenghi G. Exercício em unidades de terapia intensiva, segurança e monitorização hemodinâmica. Rev Bras Fisiol Exerc 2020;19(1):3-12. DOI: <https://doi.org/10.33233/rbfe.v19i1.3981>
10. Sampaio, DFE; Silva, EA; Bahia, BL. Efeitos da mobilização precoce no sistema osteomioarticular de pacientes acamados: revisão da literatura.Perspectiva: Ciência e Saúde, Osório, V. 5 (3): 66-77, Dez 2020
11. World Health Organization. Falls [Internet]. Geneva: WHO; 2018 [access on 2019 Sept 6]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/falls>
12. Silva AK, Costa DC, Reis AM. Fatores de risco associados às quedas intra-hospitalares notificadas ao Núcleo de Segurança do Paciente de um hospital de ensino. Einstein (São Paulo). 2019;17(1):1-7.
13. Matias M, Lima BA, Paz LP, Silva NP, Legey ALC, Gomes RHS, Motter, AA. Risco de quedas no pós-operatório de videolaparoscopias e laparotomias.Rev Bras Promoç Saúde. 2021;34:11318
14. Kawasaki, K.; Diogo, M. J. D. The impact of hospitalization on function independence of elderly in clinical units. Acta Fisiátrica, [s.l.], v. 12, n. 2, p.1-6, 2005.

15. Mateev A, Gaspoz JM, Borst F, Waldvogel F, Weber D. Use of a short-form screening procedure to detect unrecognized functional disability in the hospitalized elderly. *J Clin Epidemiol* 1998; 51:309-14.
16. Renshaw, SM; *et al.* Preoperative exercise and outcomes after ventral hernia repair: Making the case for prehabilitation in ventral hernia patients. *Surgery* 170 (2021) 516-524.
17. Sun, V; Fong,Y. Minimally invasive cancer surgery: indications and outcomes. *Seminars in Oncology Nursing*, Vol 33, No 1 (February), 2017: pp 23-36.
18. Chen, SY; *et al.* Functional dependence versus frailty in gastrointestinal surgery: Are they comparable in predicting short-term outcomes? *Surgery* 164 (2018) 1316–1324.
19. Calderón, C; *et al.* Quality of life, coping, and psychological and physical symptoms after surgery for non-metastatic digestive tract cancer. *Surgical Oncology* 31 (2019) 26–32
20. Huang, DD *et al.* Effect of surgery-induced acute muscle wasting on postoperative outcomes and quality of life. *Journal of surgical research*, october 2017 (218) 58 -66.
21. Nascimento,PSCM, *et al.* Experiência da implantação de medidas de segurança do paciente em ambiente hospitalar: interação ensino serviço. *Braz. J. of Develop.*, Curitiba, v. 6, n.4,p.17477-17492 apr. 2020. ISSN 2525-8761.
22. Aguria, JR, *et al.* Fatores de risco associados à queda em pacientes internados na clínica médica-cirúrgica. *Acta Paul Enferm.* 2019; 32(6):617-23.
23. Mata, LRF, *et al.* Fatores associados ao risco de queda em adultos no pós-operatório: estudo transversal. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* 2017;25:e2904.
24. Tooley, JE, *et al.* Frequency and timing of short-term complications following abdominoperineal resection. *Journal of Surgical Research*, november 2018 (231) 69-76.
25. Aziz, MAAE; *et al.* Colectomy for patients with super obesity: current practice and surgical morbidity in the United States. *Surgery for Obesity and Related Diseases* 16 (2020) 1764–1771.

26. Mahvi, DA; *et al.* Discharge destination following pancreaticoduodenectomy: A NSQIP analysis of predictive factors and post-discharge outcomes. *The American Journal of Surgery* 218 (2019) 342-348.
27. Li, XF; *et al.* Comparison of low and high inspiratory oxygen fraction added to lung-protective ventilation on postoperative pulmonary complications after abdominal surgery: A randomized controlled trial. *Journal of Clinical Anesthesia* 67 (2020) 110009.
28. Abdelaal, GA; *et al.* Effect of preoperative physical and respiratory therapy on postoperative pulmonary functions and complications after laparoscopic upper abdominal surgery in obese patients. *Egyptian Journal of Chest Diseases and Tuberculosis* 66 (2017) 735–738.
29. Feeney, T; *et al.* The independent effect of emergency general surgery on outcomes varies depending on case type: A NSQIP outcomes study. *The American Journal of Surgery* 216 (2018) 856-862.
30. Santos, DM; *et al.* Eficácia de um protocolo de assistência fisioterapêutica no pós-operatório de cirurgia abdominal eletiva. *Fisioter Bras* 2018;19(3):300-8.
31. Pedrini, A; *et al.* Efeitos da laparotomia ou da videolaparoscopia para colecistectomia. *Medicina (Ribeirão Preto. Online)* 2016;49(6):495-503.
32. Silva, FA; *et al.* Tratamento fisioterapêutico no pós-operatório de laparotomia. *J Health Sci Inst.* 2010;28(4):341-4.
33. Forgiarini Junior, LA; *et al.* Atendimento fisioterapêutico no pós-operatório imediato de pacientes submetidos à cirurgia abdominal. *J Bras Pneumol.* 2009;35(5):455-459.
34. Peponis, T; *et al.* Does the emergency surgery score accurately predict outcomes in emergent laparotomies? *Surgery*, Volume 162, Number 2, August 2017.
35. Ladak, F; *et al.* Rates of reoperation and nonoperative intervention within 30 days of bariatric surgery. *Surgery for Obesity and Related Diseases* 15 (2019) 431–440.

36. Beck, AC; *et al.* Risk factors for 30-day readmission after adrenalectomy. *Surgery* 164 (2018) 766–773.

37. Khorgami, Z; *et al.* Concurrent ventral hernia repair in patients undergoing laparoscopic bariatric surgery: a case-matched study using the National Surgical Quality Improvement Program database. *Surgery for Obesity and Related Diseases* 13 (2017) 997–1003.

Método canguru na analgesia em prematuros de unidade de terapia intensiva neonatal: revisão integrativa

Kangaroo method in analgesia in premature infants in the neonatal intensive care unit: integrative review

Método canguru en analgesia en recién nacidos prematuros en la unidad de cuidados intensivos neonatales: revisión integrativa

Caroline de Medeiros¹

Ana Luiza dos Santos Fiebrantz²

Dayana Solek Ferreira³

Marcos Garcia de Souza⁴

Nataly Alves Cuduh⁵

Arlete Ana Motter⁶

RESUMO: O estudo tem como objetivo sistematizar o conhecimento científico a respeito dos impactos do Método Canguru no alívio da dor de recém-nascidos prematuros de Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. A pergunta norteadora foi: “Qual o impacto do Método Canguru para aliviar a dor de prematuros em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal?”. A pesquisa bibliográfica foi realizada na base de dados *ScienceDirect* no período de 2016 a 2021, incluindo artigos em inglês, envolvendo o Método associado à avaliação da dor de neonatos e estudos que abordam a experiência de pais/profissionais da saúde com relação à dor e ao uso do Método Canguru como intervenção. Foram incluídos 19 artigos. O Método Canguru foi destacado como eficaz no alívio da dor em 14 artigos, 6 o recomendaram durante a realização de procedimentos invasivos, 4 artigos identificaram as demandas dos profissionais de saúde, pontuando as dificuldades de implementação do Método e os benefícios percebidos pela equipe, e 7 artigos abordaram sobre a visão das mães/pais acerca do Método Canguru e os benefícios obtidos com a prática. Conclui-se que o Método Canguru é uma medida não farmacológica eficaz para o alívio da dor de prematuros. Os bebês

¹ Caroline de Medeiros, estudante de Fisioterapia, Universidade Federal do Paraná - Curitiba - (PR) - Brasil.

² Ana Luiza dos Santos Fiebrantz, estudante de Fisioterapia, Universidade Federal do Paraná - Curitiba - (PR) - Brasil.

³ Dayana Solek Ferreira, estudante de Fisioterapia, Universidade Federal do Paraná - Curitiba - (PR) - Brasil.

⁴ Estudante de Fisioterapia, Universidade Federal do Paraná - Curitiba - (PR) - Brasil.

⁵ Nataly Alves Cuduh, estudante de Fisioterapia, Universidade Federal do Paraná - Curitiba - (PR) - Brasil

⁶ Arlete Ana Motter, Doutora, Fisioterapeuta, Departamento de Prevenção e Reabilitação em Fisioterapia e Docente do Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva, Fisioterapia / Universidade Federal do Paraná - Curitiba - (PR) - Brasil.

apresentaram aumento de estabilidade fisiológica, redução de infecção e aumento do aleitamento materno. A proximidade física e emocional proporcionada também é benéfica aos pais, aumenta o vínculo mãe-bebê e o aleitamento materno. Os enfermeiros apontaram falta de tempo e alta demanda de trabalho como dificuldades para a aplicação da intervenção.

Palavras-chave: Prematuridade, Método Canguru, Recém-Nascido, Analgesia.

ABSTRACT: The study aims to systematize scientific knowledge about the impacts of the Kangaroo Mother Care on pain relief in premature newborns in the Neonatal Intensive Care Unit. The guiding question was: “What is the impact of the Kangaroo Method to alleviate the pain of premature infants in the Neonatal Intensive Care Unit?”. The bibliographical research was carried out in the ScienceDirect database from 2016 to 2021, including articles in English, involving the Method associated with the assessment of pain in neonates and studies that address the experience of parents/health professionals regarding pain and use of Kangaroo Care as an intervention. 19 articles were included. The Kangaroo Method was highlighted as effective in relieving pain in 14 articles, 6 recommended it during invasive procedures, 4 articles identified the demands of health professionals, pointing out the difficulties of implementing the Method and the benefits perceived by the team, and 7 articles addressed the view of mothers/fathers about the Kangaroo Mother Care and the benefits obtained from the practice. It is concluded that the Kangaroo Mother Care is an effective non-pharmacological measure for pain relief in preterm infants. The babies showed increased physiological stability, reduced infection and increased breastfeeding. The physical and emotional proximity provided is also beneficial to parents, it increases the mother-baby bond and breastfeeding. Nurses pointed out lack of time and high work demand as difficulties in implementing the intervention.

Keywords: Infant, Premature; Kangaroo-Mother Care Method; Infant, Newborn; Analgesia.

RESUMEN: El estudio tiene como objetivo sistematizar el conocimiento científico sobre los impactos del Método Canguro en el alivio del dolor en recién nacidos prematuros en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales. La pregunta orientadora fue: “¿Cuál es el impacto del Método Canguro para aliviar el dolor de los prematuros en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales?”. La búsqueda bibliográfica fue realizada en la base de datos ScienceDirect de 2016 a 2021, incluyendo artículos en inglés, involucrando el Método asociado a la evaluación del dolor en neonatos y estudios que abordan la experiencia de los padres/profesionales de la salud en relación al dolor y uso del Método Canguro como una intervención. Se incluyeron 19 artículos. El Método Canguro se destacó como efectivo en el alivio del dolor en 14 artículos, 6 lo recomendaron durante procedimientos invasivos, 4 artículos identificaron las demandas de los profesionales de la salud, señalando las dificultades de implementación del Método y los beneficios percibidos por el equipo, y 7 artículos abordaron la visión de las madres/padres sobre el Método Canguro y los beneficios obtenidos de la práctica. Se concluye que el Método Canguro es una medida no farmacológica efectiva para el alivio del dolor en recién nacidos prematuros. Los bebés mostraron mayor estabilidad fisiológica, menor infección y mayor lactancia materna. La proximidad física y emocional que brinda también es beneficiosa para los padres, aumenta el vínculo madre-bebê y la lactancia materna. Los enfermeros señalaron la falta de tiempo y la alta demanda de trabajo como dificultades en la implementación de la intervención.

Palabras clave: Recien Nacido Prematuro, Método Madre-Canguro, Recién Nacido, Analgesia.

INTRODUÇÃO

A taxa de prematuridade no Brasil (11,5%), ou seja, bebês que nascem antes de 37 semanas gestacionais, é quase o dobro dos números observados em países europeus. Somente em 2019 foram registrados 300 mil nascimentos prematuros no país.¹

Além do nascimento a termo, outra dificuldade enfrentada pelos recém-nascidos prematuros (RNPT) é o ambiente da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) e os procedimentos dolorosos frequentes que são realizados pela equipe, como: punção de calcanhar, aspiração oral, traqueal e nasal, remoção de fitas, intubação e fisioterapia torácica²
3.

Considerando os primeiros 14 dias de internação dos RNPT, são realizados em média 7,5 procedimentos dolorosos diariamente³. Portanto, estratégias não farmacológicas para alívio da dor e medidas para promover um melhor neurodesenvolvimento do prematuro, com destaque para um cuidado mais humanizado e com a participação da família no ambiente da UTIN são estratégias implementadas pelas equipes multiprofissionais⁴. Nesse contexto, surge o Método Canguru (MC), considerado pelo Ministério da Saúde uma política nacional de saúde e a maneira mais adequada de atenção ao recém-nascido (RN), principalmente aos que necessitam de cuidados da UTIN^{5,6}.

O MC envolve cuidado humanizado, contato pele a pele entre o RN e seus pais, controle ambiental, redução da dor, cuidado com a família e suporte da equipe de saúde⁶. O contato pele a pele fornecido melhora a qualidade dos movimentos, da atenção⁷ e conservação térmica do RNPT⁸, aumento da estabilidade fisiológica e aleitamento exclusivo, redução de infecções⁹, displasia broncopulmonar e colestase¹⁰.

Essa proximidade com o cuidador traz benefícios no desenvolvimento do cérebro do bebê e na criação do vínculo com os pais¹¹, além de inibir a percepção de dor e estresse do recém-nascido com uma estimulação multissensorial¹². Considerando o supracitado, o estudo buscou sistematizar o conhecimento científico dos últimos 5 anos a respeito dos impactos do MC no alívio da dor de RNPT de UTIN.

METODOLOGIA

O presente estudo é uma revisão integrativa de literatura, com o objetivo de avaliar o impacto do Método Canguru (MC) no alívio da dor de prematuros na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN). Portanto, para essa revisão foram cumpridas algumas etapas, como: idealização do tema da pesquisa, elaboração da pergunta de pesquisa e seleção da base

de dados; definição dos critérios de inclusão e exclusão; identificação dos estudos por meio da leitura de títulos e resumos; análise crítica dos resultados e exposição dos achados em estrutura de revisão integrativa¹³.

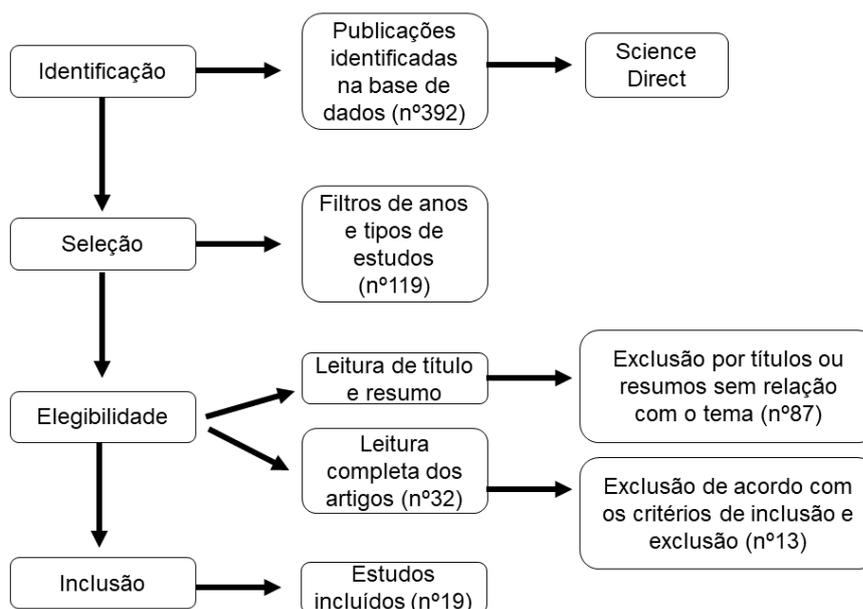
Para isso, foi definida a pergunta norteadora: “Qual o impacto do Método Canguru para aliviar a dor de prematuros em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal?”. Em seguida, a pesquisa bibliográfica foi realizada em 01 de julho de 2021, na base de dados *ScienceDirect*, escolhida devido à grande quantidade de artigos disponíveis sobre o tema, no período de 2016 a 2021. Para a busca na literatura, foram utilizadas as seguintes palavras-chaves: “*Kangaroo-Mother Care Method*” AND “*Pain*” AND “*Premature*”.

Mediante os termos utilizados, foram encontrados 392 artigos. Esses foram selecionados segundo os critérios de inclusão: artigos na íntegra e indexados na base de dados *ScienceDirect*; envolvendo o MC associado à avaliação da dor de RNPT, ou seja, nascidos antes de 37 semanas de gestação, internados em UTIN; estudos que abordem a experiência com pais ou profissionais da saúde com relação a dor e o uso do MC como intervenção; sem restrição para o sexo dos pacientes ou etnias; produções em inglês, devido às características da base; artigos de revisão, artigos de pesquisa, estudo qualitativo, transversal e experimental foram incluídos para análise; dentro do tempo citado acima.

Os critérios de exclusão determinados foram: artigos que não relacionam o MC com dor dos RNPT em UTIN, que relacionam o MC com RN típico, tipos de estudo diversos aos do critério de inclusão e artigos não disponíveis na íntegra na base de dados *ScienceDirect*.

Após a utilização dos filtros para período de publicação e tipos de estudo incluídos, remanesceram 119 artigos. Esse número, portanto, após a leitura dos títulos e resumos caiu para 32. Dessas 32 publicações, após a leitura na íntegra e aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, 8 artigos foram excluídos por não abordarem o MC como uma intervenção não farmacológica para alívio da dor do RN, 3 artigos foram excluídos por não abordarem o MC, 1 artigo foi excluído por estudar estratégias de implementação do MC na equipe e 1 artigo foi excluído por abordar meios de proporcionar conhecimento aos pais sobre técnicas de cuidados aos bebês. Por fim, obteve-se uma amostra de 19 artigos (Figura 1).

Figura 1: Fluxograma do processo de seleção dos artigos.



Fonte: Os autores.

RESULTADOS

Dentro dos 19 estudos incluídos neste artigo: 4 são revisões de literatura, 3 são revisões sistemáticas, 2 são revisões sistemáticas e meta-análises, 2 são estudos randomizados controlados, e para ensaio clínico não randomizado, revisão integrativa, estudo qualitativo, ensaio de controle randomizado duplo-cego, ensaio clínico controlado randomizado, estudo transversal descritivo, estudo descritivo qualitativo e pesquisa pré/pós quase-experimental, foi 1 estudo para cada categoria.

Dentro desses estudos, os participantes foram mães/pais (cuidadores), recém-nascidos, díades mães/bebês e profissionais da saúde. Pode-se afirmar que a amostra de mães/pais (cuidadores) variou de 15 a 8.842; a amostra de recém-nascidos variou de 11 a 12.829, com idades gestacionais de 28 a 37 semanas; a amostra de díades mães/bebês foi 50 e 80 díades, com idades gestacionais variando de 27 a 36 semanas; e a amostra de profissionais da saúde variou de 41 a 209 participantes.

O MC, por sua vez, foi destacado no desfecho de 14 artigos como um método não farmacológico eficaz no alívio da dor dos RNs internados em UTIN e 6 artigos o recomendaram como prática eficaz durante a realização de procedimentos invasivos com agulhas, como a punção de calcânhar. Quatro artigos identificaram as demandas dos profissionais de saúde, pontuaram as dificuldades de implementação do MC e os benefícios percebidos pela equipe e 7 artigos abordaram sobre a visão das mães/pais acerca do MC e os

benefícios obtidos pelos pais com essa prática, sendo que um abordou concomitantemente a visão dos profissionais da saúde (Quadro I).

Quadro 1: Principais achados dos artigos selecionados

AUTOR, ANO E PAÍS	TIPO DO ESTUDO	PARTICIPANTES E GRUPOS	ESCALA DE AVALIAÇÃO	PRINCIPAIS ACHADOS
Sen e Manav (2020) Turquia	Estudo prospectivo randomizado controlado	64 recém-nascidos, com idade gestacional entre 32 e 37 semanas. 32 participantes (50%) do sexo feminino e 32 participantes (50%) do sexo masculino. 2 grupos, cada um com 32 bebês, sendo o Grupo Cuidado Canguru e o Grupo Sacarose Oral	2 observadores utilizaram a escala PIPP antes, durante e 2 minutos após a amostragem de sangue pelo calcanhar	O método canguru é mais eficaz do que a sacarose oral no alívio da dor durante a punção de calcanhar de recém-nascidos prematuros. É recomendado o cuidado canguru para bebês prematuros na UTIN durante procedimentos invasivos.
Silva <i>et al.</i> (2016) Brasil	Ensaio clínico não randomizado	61 bebês prematuros com idade gestacional de 28 a 32 semanas. 2 grupos, sendo o Grupo Canguru (n=24 participantes) e o Grupo Convencional (n=37 participantes).	Escala NNNS	Quando comparados com o Grupo Convencional, os recém-nascidos do Grupo Canguru tiveram alta 10 dias antes, com idade pós-conceitual mais jovem, maior frequência de aleitamento materno exclusivo e apresentaram maiores escores de qualidade dos movimentos e menores escores em sinais de estresse e abstinência.
Akbari <i>et al.</i> (2018) Canadá	Revisão sistemática: Meta-análise	NA	NA	À medida que o número de dias na intervenção do Método Canguru aumentou, houve melhores resultados das habilidades cognitivas e do desenvolvimento motor dos bebês. Quando comparados à bebês expostos aos cuidados convencionais, os bebês do Método Canguru apresentaram melhor regulação emocional, aumento da estabilidade fisiológica, diminuição da infecção neonatal, redução do estresse e dor e aumento do aleitamento materno exclusivo.
Cañadas <i>et al.</i> (2021) Espanha	Revisão sistemática: Meta-análise	NA	NA	Podem ocorrer mudanças na secreção de cortisol dos bebês como resultados de estímulos estressantes e dolorosos. Intervenções não-farmacológicas como: posição propensa aninhada, odor de leite materno e método canguru são eficazes para diminuir os níveis de cortisol em bebês prematuros. O cuidado canguru reduz significativamente o comportamento de dor após a punção de calcanhar em bebês prematuros estáveis e auxilia na

				regulação da resposta hipotalâmica-pituitária-adrenal do bebê prematuro durante a dor de rotina.
Hatfield <i>et al.</i> (2019) Estados Unidos	Revisão sistemática	Os 14 ensaios controlados randomizados incluídos envolveram 889 participantes	NA	As duas variáveis fisiológicas mais fortes, baseadas em evidências, sobre a dor infantil são a frequência cardíaca ou a sua variabilidade e a saturação de oxigênio. Já as variáveis comportamentais são a expressão facial e os movimentos corporais. Métodos como: contato pele a pele, sacarose, sucção não nutritiva, dextrose, acupressão, música, leite materno, método canguru e contenção facilitada são estratégias não-farmacológicas para reduzir a dor dos bebês.
Orovec <i>et al.</i> (2019) Canadá	Estudo controlado randomizado	242 recém-nascidos prematuros estáveis, com menos de 37 semanas de idade gestacional. 3 grupos foram aleatoriamente designados para receberem o Método Canguru sozinho (n= 81 participantes) ou em combinação com a sacarose (n=80 participantes), comparados ao grupo que recebeu somente sacarose (n=81 participantes)	Escala PIPP	32,6% dos procedimentos apresentaram escore de dor documentado. São necessários métodos para aumentar e sustentar o uso de intervenções não-farmacológicas para o alívio da dor, especificamente no que diz respeito às intervenções conduzidas pelos pais.
Francisco <i>et al.</i> (2021) Brasil	Revisão sistemática	Os 20 estudos incluídos na revisão consideraram recém-nascidos a termo e pré-termo, variando de 20 a 74 participantes	11 artigos (55%) usaram a escala PIPP para avaliar os parâmetros de dor, 3 artigos (15%) utilizaram a escala NIPS, 3 artigos (15%) utilizaram a escala NFCS e outros 3 artigos utilizaram escalas diferentes, como: COMFORTneo, N-PASS e ALPS-Neo	O Método Canguru é eficaz para a redução da dor em recém-nascidos após um procedimento doloroso invasivo, quando comparado à posição prona. As respostas fisiológicas dos bebês são complementares para a avaliação da dor, sendo a frequência cardíaca e a saturação periférica de oxigênio as variáveis mais analisadas. O tempo mínimo ideal de Método Canguru é de 30 minutos, sendo 15 minutos antes do procedimento doloroso, durante o procedimento e 15 minutos após.
Bucsea e Riddell (2019) Canadá	Revisão de literatura	NA	NA	O cuidado pele a pele é descrito como benéfico para aliviar indicadores comportamentais e fisiológicos da dor. Os enfermeiros

				destacam alguns desafios que os impedem de fornecer esse método, como carga de trabalho pesada e a falta de presença materna na UTI neonatal durante os procedimentos médicos dos bebês. Um estudo relatou que 87% dos pais de crianças da UTI relataram o desejo de se envolver no tratamento da dor de seus filhos, sendo que os que já participaram, 80% indicaram que foi uma experiência positiva e 90% gostariam de ser incluídos novamente.
Field (2017) Estados Unidos	Revisão de literatura	NA	NA	O Método Canguru é eficaz na redução do choro e nos escores de dor durante procedimentos invasivos. Os bebês que receberam cuidados canguru tiveram a frequência cardíaca mais baixa e duração menor de choro.
McNair <i>et al.</i> (2019) Canadá	Revisão de literatura	NA	NA	O contato pele a pele reduziu os escores de dor nos procedimentos de punção de calcanhar, venipuntura e injeção intramuscular em recém-nascidos pré-termo e a termo. O Método Canguru é recomendado como uma medida não-farmacológica, a fim de gerenciar a dor de bebês prematuros durante procedimentos com agulhas.
Shorey, Hong-Gu He e Morelius (2016) Singapura	Revisão integrativa	Os tamanhos amostrais dos estudos quantitativos variaram de 11 a 338 participantes	NA	Apenas um estudo mediu a resposta à dor dos bebês prematuros dentro de 72 horas após o nascimento, mostrando que os pais foram menos eficazes que as mães na diminuição da dor relacionada ao procedimento de amostragem de sangue.
Mbalinda <i>et al.</i> (2018) Uganda	Estudo qualitativo	81 profissionais da saúde	NA	A equipe observou a redução de dor na sutura da mãe, durante o contato pele-a-pele com o bebê. Colocar o bebê em contato pele a pele, reduz a dor pós-parto
Moberg; Handlin e Petersson (2020) Suécia	Revisão de literatura	NA	NA	O cuidado canguru tem como resposta imediata a redução dos níveis de ansiedade nos pais, do cortisol dos pais e dos bebês, diminui a dor após procedimentos invasivos e aumenta os níveis de ocitocina salivar de pais e bebês. Sessões repetidas com contato pele a pele em bebês prematuros e a termo podem ser utilizadas como tratamento clínico.
Yasmeen <i>et al.</i> (2020) Canadá	Revisão sistemática	Os 61 estudos incluídos na revisão abordaram 17.014 pacientes e 8.842 cuidadores. Recém-	Escala de Perfil da Dor Infantil Prematura (45,2%) Escala de Dor	O engajamento dos cuidadores no tratamento da dor, utilizando a estratégia de ativação, reduz a dor em recém-nascidos hospitalizados, sendo o Método Canguru como a

		nascidos prematuros (44,3%) ou recém-nascidos a termo (31,1%), com idade gestacional variando de 28 a 40 semanas.	Infantil Neonatal (23,8%) Sistema de Codificação Facial Neonatal (9,5%)	intervenção mais eficaz. Transferir intervenções de tratamento da dor de enfermeiros para cuidadores pode aliviar a carga sobre os enfermeiros e potencialmente melhorar a dor do paciente.
Namptom <i>et al.</i> (2018) Tailândia	Ensaio de controle randomizado duplo-cego	50 díades de mães/bebês, com idade gestacional média de 31 semanas Grupo experimental (n=25 participantes) e grupo controle (n=25 participantes)	NA	O Programa de Participação Materna (MPP) aumentou a participação materna no cuidado de prematuros. O escore de desenvolvimento neurocomportamental de bebês, cujas mães receberam o MPP, foi maior do que o grupo de cuidados habituais. Todos os benefícios das seis práticas assistenciais, incluindo o método canguru, melhoram diretamente o desenvolvimento neurocomportamental dos bebês prematuros.
Coskun e Günay (2019) Turquia	Ensaio clínico controlado randomizado	80 díades de mães/bebês, com idade gestacional de 27 a 36 semanas. Grupo Canguru (n=39) e Grupo de Cuidados Padrão (n=41)	Escala PSS: UTIN	O cuidado canguru aumenta a produção materna de leite Mães do Grupo Canguru apresentaram menores níveis de estresse do que as mães do Grupo de Cuidados Padrão. O cuidado canguru aumenta o vínculo mãe-bebê.
Al-Shehri e Binmanee (2019) Arábia Saudita	Estudo transversal descritivo	209 enfermeiros (95,2% mulheres)	NA	Os enfermeiros afirmam que o método canguru promove o vínculo materno e melhora o aleitamento Encorajar os pais a realizarem o método canguru (92,8%) e fornecer informações sobre o método aos pais (90%) foram os itens de maior prática. Barreiras de implementação do método foram: Medo de extubação acidental, relutância familiar em iniciar o método, incapacidade de promover o tempo adequado e desconforto dos pais em expor o peito durante o contato pele a pele
Kyololo; Stevens e Songok (2019) Canadá	Estudo descritivo qualitativo	15 mães, com a média de idade de 25,8 anos.	NA	A hospitalização é caracterizada como estressante e com numerosos procedimentos dolorosos O método canguru foi citado pelas mães como intervenção aliviante da dor, ajudando os bebês a se acalmarem e adormecerem. As mães sentiram que deveriam ser autorizadas a manter rotineiramente seus bebês na posição canguru durante procedimentos dolorosos
Mohamed <i>et al.</i> (2019) Egito	Pesquisa pré/pós quase-experimental	41 enfermeiras, sendo 87,8% entre 21 e 30 anos	NA	Após a implementação do programa, 100% identificou a Escala CRIES e a Escala PIPP como ferramenta de avaliação da dor neonatal e o cuidado canguru

				como técnica não-farmacológica de alívio da dor neonatal.
--	--	--	--	---

Fonte: Os autores.

Legenda: NA - não se aplica; UTIN - unidade de terapia intensiva neonatal; MPP - programa de participação materna; CRIES - score para a avaliação da dor pós-operatória do recém-nascido; PIPP - *premature infant pain profile*; NNNS - *neonatal intensive care unit network neurobehavioral scale*; NIPS - *neonatal infant pain scale*; NFCS - *neonatal facial coding system*; N-PASS - *neonatal pain agitation and sedation scale*; ALPS-Neo - *Astrid Lindgren and Lund Children's Hospitals Pain and Stress Assessment Scale for Preterm and Sick Newborn Infants*; PSS:UTIN - *parenteral stress scale neonatal intensive care unit*.

DISCUSSÃO

A intervenção do MC é eficaz no alívio da dor de RN internado em UTIN, bem como uma medida não farmacológica recomendada durante a realização de procedimentos invasivos com agulhas. Os achados sugerem que as respostas autônomas geradas por estímulos nocivos foram diminuídas durante o MC, embora cada estudo tenha pelo menos um marcador que identifica possíveis limitações, como o tempo de aplicação do MC, momento de aplicação e a falha na padronização da avaliação da dor.

Os RNPT, principalmente os extremamente prematuros e de baixo peso, são submetidos a inúmeros procedimentos dolorosos durante a internação em UTIN. Sendo o procedimento invasivo mais avaliado a punção de calcâneo. O MC foi comparado com cuidados convencionais^{7, 14, 15, 16} e com a administração de sacarose oral^{2, 17}.

Comparando o MC com cuidados convencionais, bebês prematuros com idade gestacional (IG) entre 28 e 32 semanas que permaneceram na Unidade de Cuidados Intermediários Canguru por pelo menos 7 dias, em contato contínuo com suas mães, tiveram alta hospitalar mais precoce e foram mais frequentemente dispensados com amamentação exclusiva quando comparados ao grupo convencional. No grupo canguru, o atendimento foi realizado pela equipe de enfermagem com visitas dos pais e posicionamento canguru cinco vezes por semana, durante cerca de 60 minutos⁷.

Quando comparados RNPT com IG entre 28 e 37 semanas expostos a cuidados canguru antes e durante a punção do calcanhar, com cuidados de incubadora, identificou-se que os bebês expostos ao MC por 30 minutos tinham cortisol salivar mais baixo em comparação com aqueles no grupo de controle, indicando redução do estresse¹⁴.

Nesse mesmo sentido, dentro de uma revisão narrativa, um ensaio clínico randomizado comparou recém-nascidos do grupo incubadora com um grupo de cuidados canguru que receberam quatro punções no calcanhar, mostrando que os bebês que receberam

o MC tiveram menor frequência cardíaca e durações mais curtas de choro e caretas faciais do que o grupo incubadora ¹⁶.

Em relação à comparação do MC com a administração de sacarose oral, os cuidados canguru mostraram-se mais eficazes na redução da dor durante a punção do calcanhar. Pontua-se também que o MC é um método natural e não possui efeitos adversos como a administração da sacarose pode apresentar. Portanto, é recomendado para RNPT em UTIN durante procedimentos invasivos ^{2, 17}.

Diante disso, pode-se afirmar que o MC é uma medida eficaz na redução dos níveis de dor e estresse dos bebês, melhorando o desenvolvimento cognitivo e motor, a regulação da resposta hipotalâmica-pituitária-adrenal do RNPT durante a dor de rotina ⁹, além da redução da frequência cardíaca e choro mais curto ¹⁶, regulação corporal estável por meio do aumento da temperatura corporal ^{8, 18}, e redução dos níveis de cortisol salivar ¹⁴. Além do alívio da dor, neonatos expostos a intervenções com MC melhoram a regulação emocional, aumento de estabilidade fisiológica, diminuição de infecção neonatal e aumento do aleitamento materno exclusivo ⁹.

Um estudo abordou sobre a recomendação do tempo ideal para o MC, onde a melhor abordagem de posicionamento é indicada como 15 minutos antes, durante todo o procedimento doloroso e 15 minutos após ¹⁹.

Além de benefícios ao bebê, o MC reduz os níveis de ansiedade e cortisol dos pais, podendo também reduzir a dor na sutura pós-parto das mães ²⁰. Os estudos analisados também expõem que o MC aumenta tanto o vínculo entre mãe e neonato como o aleitamento ^{21, 22}. Nesse sentido, contato pele a pele repetido tanto em RNPT quanto em RN a termo, pode ser utilizado como tratamento clínico, provocando uma estimulação sustentada do sistema ocitonérgico e desenvolvimento positivo ²³.

Segundo as experiências das mães com o MC, 15 mães que passaram por entrevistas relataram o desejo de realizar esse método não farmacológico durante os procedimentos dolorosos ²⁴. Corroborando com esse estudo o achado de que 87% dos pais de neonatos internados em UTIN relataram o desejo de participar no tratamento da dor dos bebês ²⁵. Além disso, os RNPT que participaram de um programa de participação materna demonstraram melhora significativa no comportamento neurocomportamental em comparação com os que receberam cuidados habituais de enfermagem ²⁵.

Obteve-se nesta revisão integrativa quatro artigos relacionados à experiência da equipe de saúde com o MC, sendo relatada geralmente por enfermeiros. Relatam limitações para realizar o MC, sendo elas a carga horária de trabalho árdua dos profissionais e também a

falta de presença materna na UTIN²⁶. Apesar das informações sobre os benefícios do MC e o encorajamento para os pais o realizarem, foram encontradas outras barreiras como, a relutância dos pais em iniciar o método, um desconforto em expor o peito durante o contato pele a pele e conseguir promover o tempo necessário para o MC²². Além disso, quando avaliada a possibilidade do contato pele a pele mãe/bebê na primeira hora de vida, um estudo com 81 profissionais da saúde apontou barreiras associadas ao estado de saúde do bebê, como as malformações, partos múltiplos, transmissão de infecções aos RNs, condições médicas maternas como hemorragia pós-parto, fraqueza ou eclampsia e barreiras pragmáticas identificadas no nível de gestão local relacionadas à questão orçamentária, como falta de profissionais disponíveis²⁰. Porém, o desenvolvimento de um programa de educação de enfermagem no manejo da dor tem impacto significativo no conhecimento desses profissionais após serem avaliados com um questionário pré e pós-intervenção abordando a prática dessa equipe sobre escalas para avaliação e técnicas não farmacológicas de alívio da dor²⁷.

O estudo encontrou algumas limitações como: poucos artigos relacionando procedimentos dolorosos ao MC e poucas recomendações sobre o tempo ideal para realizar o posicionamento e o melhor momento, quando relacionado aos procedimentos dolorosos. Identificou-se também uma falha na padronização e avaliação da dor dos RNPT dentro da mesma equipe, onde essa falha poderia ser minimizada com o treinamento da equipe multidisciplinar da UTIN.

CONCLUSÃO

No decorrer desta revisão integrativa, observou-se que os neonatos, principalmente os extremamente prematuros e de baixo peso, são submetidos a vários procedimentos dolorosos durante a internação em UTIN. Portanto, faz-se necessário avaliar a importância de tratamentos não farmacológicos para o alívio da dor, visando o cuidado humanizado na UTIN.

Pode-se afirmar que o MC tem impacto positivo para o alívio da dor de prematuros em UTIN, além de ser um tratamento natural e com fácil administração. Os neonatos que foram expostos a esse método apresentaram um aumento de estabilidade fisiológica, redução de infecção e aumento do aleitamento materno. Essa proximidade física e emocional do contato pele a pele é benéfico tanto para os bebês como também para os pais, pois promove uma redução de ansiedade e cortisol de ambos, aumentando o vínculo mãe-bebê e aleitamento materno. Além disso verificou-se que os pais desejam participar do alívio da dor dos

neonatos. Já os enfermeiros, encontram barreiras como: falta de tempo e alta demanda de trabalho, sendo estas algumas limitações para aplicação do MC.

Foram encontradas limitações na literatura, como a escassez de estudos que avaliam os efeitos do MC no neurocomportamento de bebês prematuros, que relacionam o método com os procedimentos dolorosos e qual aplicação possui mais benefícios: antes ou durante o procedimento doloroso. Sugerem-se então, estudos futuros sobre o tema, sanando as limitações que foram apontadas.

REFERÊNCIAS

1. Governo do Brasil, DATA marca importância do cuidado com o prematuro 2020. Disponível em: <<https://www.gov.br/pt-br/noticias/saude-e-vigilancia-sanitaria/2020/11/data-marca-importancia-do-cuidado-com-o-prematuro>>
2. Orovec, A. et al. Assessment and Management of Procedural Pain During the Entire Neonatal Intensive Care Unit Hospitalization. *Pain Management Nursing*, v. 20, n. 5, out. 2019, p. 503–511.
3. Jeong, ISO. et al. The frequency of painful procedures in neonatal intensive care units in South Korea. *International Journal of Nursing Practice*, v. 20, n. 4, ago. 2014, p. 398–407.
4. Als H, McAnulty GB. O Programa de Avaliação e Cuidado do Desenvolvimento Individualizado do Recém-Nascido (NIDCAP) com Método Mãe Canguru (KMC): cuidado abrangente para bebês prematuros. *Curr Womens Health Rev*, 7 (2011), pp. 288 – 301.
5. Menezes, MADAS. et al. Preterm newborns at Kangaroo Mother Care: a cohort follow-up from birth to six months. *Revista Paulista de Pediatria*, v. 32, n. 2, jun. 2014, p. 171–177.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Guia de Orientações para o Método Canguru na Atenção Básica: Cuidado Compartilhado. Brasília, 2016.
7. Silva, MGDEC. et al. Kangaroo–mother care method and neurobehavior of preterm infants. *Early Human Development*, v. 95, abr. 2016, p. 55–59.
8. Shorey, S.; He, HG.; Morelius, E. Skin-to-skin contact by fathers and the impact on infant and paternal outcomes: an integrative review. *Midwifery*, v. 40, 1 set. 2016, p. 207–217.
9. Akbari, E. et al. Kangaroo mother care and infant biopsychosocial outcomes in the first year: A meta-analysis. *Early Human Development*, v. 122, n. March, jul. 2018, p. 22–31.

10. Casper, C.; Sarapuk, I.; Pavlyshyn, H. Regular and prolonged skin-to-skin contact improves short-term outcomes for very preterm infants: A dose-dependent intervention. *Archives de Pédiatrie*, v. 25, n. 8 nov. 2018, p. 469–475.
11. Flacking R, Lehtonen L, Thomson G, Axelin A, Ahlqvist S, Moran VH, et al. Proximidade e separação em terapia intensiva neonatal. *Acta Paediatrica* 2012; 101: 1032–7.
12. Collados-Gomez L, Aragonés-Corral B, Contreras-Olivares I, García-Faced E, Vila-Piqueras ME. Impacto del cuidado canguro en el estrés del neonato prematuro. *Enferm Clin* 2011; 21: 69–74
13. Botelho, LLR.; Cunha, CCDA.; Macedo, M. O método da revisão integrativa nos estudos organizacionais. *Gestão e Sociedade*, v. 5, n. 11,2011, p. 121–136.
14. Cañadas DC, Perales AB, Martínez RG, Carreño TP. The impact of Nonpharmacological Interventions on Cortisol During Heel Lance Procedures on Preterm Infants: A Meta-Analysis Of RCTs. *Pain Manag Nurs*. 2021 Dec;22(6):798-805
15. Hatfield LA, Murphy N, Karp K, Polomano RC. A Systematic Review of Behavioral and Environmental Interventions for Procedural Pain Management in Preterm Infants. *J Pediatr Nurs*. 2019 Jan-Feb;44:22-30.
16. Field, T. Preterm newborn pain research review. *Infant Behavior and Development*, v. 49, 1 nov. 2017, p. 141–150.
17. Sen E, Manav G. Effect of Kangaroo Care and Oral Sucrose on Pain in Premature Infants: A Randomized Controlled Trial. *Pain Manag Nurs*. 2020 Dec;21(6):556-564.
18. McNair C, Campbell-Yeo M, Johnston C, Taddio A. Nonpharmacologic Management of Pain During Common Needle Puncture Procedures in Infants: Current Research Evidence and Practical Considerations: An Update. *Clin Perinatol*. 2019 Dec;46(4):709-730.
19. Francisco, ASPG. et al. Positioning Effects for Procedural Pain Relief in NICU: Systematic Review. *Pain Management Nursing*, v. 22, n. 2, abr. 2021, p. 121–132
20. Mbalinda S, Hjelmstedt A, Nissen E, Odongkara BM, Waiswa P, Svensson K. Experience of perceived barriers and enablers of safe uninterrupted skin-to-skin contact during the first hour after birth in Uganda. *Midwifery*. 2018 Dec;67:95-102
21. Coşkun D, Günay U. The Effects of Kangaroo Care Applied by Turkish Mothers who Have Premature Babies and Cannot Breastfeed on Their Stress Levels and Amount of Milk Production. *J Pediatr Nurs*. 2020 Jan-Feb.

22. Al-Shehri H, Binmanee A. Kangaroo mother care practice, knowledge, and perception among NICU nurses in Riyadh, Saudi Arabia. *Int J Pediatr Adolesc Med.* 2021 Mar;8(1):p.29-34
23. Moberg KU, Handlin L, Petersson M. Neuroendocrine mechanisms involved in the physiological effects caused by skin-to-skin contact - With a particular focus on the oxytocinergic system. *Infant Behav Dec.* 2020.
24. Kyololo OM, Stevens BJ, Songok J. Mothers' Perceptions about Pain in Hospitalized Newborn Infants in Kenya. *J Pediatr Nurs.* 2019 Jul-Aug;p.51-57.
25. Namprom N, Picheansathian W, Jintrawet U, Chotibang J. The effect of maternal participation in preterm's care and improved short-term growth and neurodevelopment outcomes. *J Neonatal Nurs.* 2018;24(4):196–202.
26. Bucsea, O.; Pillail, RR. Non-pharmacological pain management in the neonatal intensive care unit: Managing neonatal pain without drugs. *Seminars in Fetal and Neonatal Medicine*, v.24, n. 4, 1 ago. 2019.

Trabalhos com grupos: experiências interprofissionais de uma equipe PET***Group work: interprofessional experiences of a PET team******Trabajo com grupos: experiencias interprofesionales de un equipo PET***

Narayane Rodrigues Moreira
Raissa Hirle Krettle
Caroline Travesani Marchezi
Samya Lievore Zanotelli
Licinia Maria Ferreira Pignaton
Izaiane Pereira da Silva
Ana Paula Monteiro Coutinho
Anna Carolina Di Francesco Pereira
Iolanda Paula Ribas dos Santos
Letícia Pires Dias
Marília Cardoso Souza Bernardo
Daniela Amorim Melgaço Guimarães do Bem
Lorena Rocha Ayres
Carolina Dutra Degli Esposti

RESUMO

O Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde)/Interprofissionalidade visou promover a interprofissionalidade e a prática colaborativa na formação superior em saúde nos processos de integração ensino-serviço-comunidade. Este trabalho tem por objetivo relatar as experiências de uma equipe PET-Saúde/Interprofissionalidade com grupos de promoção da saúde em uma Unidade Básica de uma capital brasileira. As atividades foram realizadas durante 12 meses, em três grupos já estabelecidos no serviço e em dois novos grupos criados pela equipe do projeto. As práticas foram realizadas no auditório da unidade e visavam promover saúde e qualidade de vida aos usuários do território, com foco nas doenças e agravos mais prevalentes e no estímulo ao autocuidado, realizando escuta ativa e acolhimento frente às demandas dos participantes. As temáticas trabalhadas foram principalmente saúde mental de adultos e crianças/adolescentes, saúde do idoso, hipertensão e diabetes. Houve partilha no espaço coletivo do grupo, esclarecimento de dúvidas, troca de experiências, informação em saúde e criação de vínculos afetivos e de confiança. A vivência da prática interprofissional e colaborativa nesses grupos gerou processos disruptivos e construtivos nas vidas dos envolvidos. Evidenciou-se um potencial benéfico no que tange aos processos grupais e à promoção da saúde de usuários e comunidades no contexto da Atenção Primária à Saúde. Tais experiências contribuíram, ainda, na qualificação para o trabalho em equipe, no desenvolvimento das competências colaborativas, melhorando o enfrentamento de desafios/mediação de conflitos e o desenvolvimento pessoal de estudantes e profissionais por meio de trocas intersubjetivas, estéticas e políticas na vida e nas relações.

Palavras-chave: Educação Interprofissional, Promoção da saúde, Serviços de Integração Docente-Assistencial.

ABSTRACT

The Education through Work for Health Program (PET-Health/ Interprofessionality) aimed to promote improvement in undergraduate students' learning through the integration between teaching and service, by means of interprofessional practice. The objective of the study is to report the experiences of an interprofessional PET team in the work with Health Promotion Groups in a Basic Health Unit (BHU) located in a Brazilian capital. The practices were carried out in the unit's auditorium and aimed to promote health and quality of life for users of the territory, focusing on the most prevalent diseases and injuries and encouraging self-care, performing active listening and welcoming the demands of the participants. The themes addressed were mainly the mental health of adults and children/adolescents, health of the elderly and hypertension/diabetes. There was sharing in the group's collective space, clarification of doubts, exchange of experiences, health information and creation of affective and trusting bonds. The contributions from the collaborative interprofessional practice with the groups showed a beneficial potential of this work approach regarding group processes and the objective of promoting the health for patients and communities in the context of Primary Care. Moreover, such experiences provide students with a more qualified training for teamwork and for facing challenges / conflict mediation, besides promoting personal development of students and professionals through intersubjective, aesthetic and political exchanges in life and relationships among those involved.

Keywords: Interprofessional Education; Health education; Teaching Care Integration Services.

RESUMEN

El Programa Educación por el Trabajo para la Salud (PET-Salud) / Interprofesionalidad tuvo como objetivo promover la interprofesionalidad y la práctica colaborativa en la educación superior en salud en los procesos de integración enseñanza-servicio-comunidad. El objetivo de este trabajo es reportar las experiencias de un equipo PET-salud / Interprofesionalidad trabajando con Grupos de Promoción de la Salud en una Unidad Básica de Salud de una capital brasileña. Las actividades se realizaron durante 12 meses, en tres grupos ya establecidos en el servicio y en dos nuevos grupos creados por el equipo del proyecto. Las prácticas fueron realizadas en el auditorio de la unidad y tuvieron como objetivo promover la salud y la calidad de vida de los usuarios del territorio, con foco en las enfermedades y lesiones más prevalentes y incentivando el autocuidado, realizando la escucha activa y acogiendo las demandas de los participantes. Los temas abordados fueron principalmente la salud mental del adulto y del niño/adolescente, la salud del anciano y la hipertensión/diabetes. Hubo compartir en el espacio colectivo del grupo, aclaración de dudas, intercambio de experiencias, información de salud y creación de vínculos afectivos y de confianza. La experiencia de la práctica interprofesional y colaborativa del equipo PET / Interprofesional con los grupos generó procesos disruptivos y constructivos en la vida de todos los involucrados. Se evidenció un potencial beneficioso en los procesos grupales y la promoción de la salud para usuarios y comunidades en el contexto de Atención Primaria. Además, dichas

experiencias brindaron una formación más calificada para el trabajo en equipo y para el enfrentamiento de desafíos / mediación de conflictos, además del desarrollo personal de estudiantes y profesionales a través de intercambios intersubjetivos, estéticos y políticos en la vida y en las relaciones entre los involucrados.

Descriptor: Educación interprofesional; Promoción de la salud; Servicios de Integración Docente-Asistencial.

INTRODUÇÃO

Desde a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), a Atenção Primária à Saúde (APS) foi o âmbito que mais oportunizou avanços no que tange ao trabalho colaborativo¹. Para um efetivo processo de trabalho na APS são requeridos profissionais que avancem para além dos seus próprios silos de saber em direção a um trabalho realizado colaborativamente².

A Prática Interprofissional ocorre no próprio trabalho em equipe, permitindo a sua organização e a melhor integração dos serviços, favorecendo as ações em saúde³. A interprofissionalidade articula as diferentes categorias profissionais, reconhecendo sua interdependência e a complementaridade de suas ações, visando a atenção centrada no paciente⁴. São seis os domínios e competências consideradas essenciais nesse contexto de prática⁵: Comunicação interprofissional; Cuidado centrado no paciente; Clareza de papéis profissionais; Dinâmica de funcionamento da equipe; Resolução de conflitos interprofissionais; e Liderança colaborativa⁶.

A Educação Interprofissional (EIP), definida em 1997 pelo Centro para o Avanço da Educação Interprofissional (CAIPE), tornou-se uma ferramenta para a reforma da formação em saúde com reflexos também no trabalho realizado no sistema de saúde, em especial, aquele a ser realizado colaborativamente⁷. Vem contribuindo para a efetivação da atenção integral à saúde⁸ e a superação da fragmentação desse trabalho⁹, além de ser ressaltada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) por seu caráter de inovação e possibilidade de contribuir de maneira relevante na redução da crise sanitária mundial^{4,10}.

No Brasil, a incorporação da EIP de forma clara nas políticas é recente, tendo esse processo se intensificado diante do reconhecimento de sua importância pelos formuladores de políticas e da atuação de órgãos internacionais¹¹. Diante desse panorama, foi lançado, em conjunto pelos Ministérios da Saúde (MS) e da Educação (MEC), o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde)/Interdisciplinaridade¹², com o objetivo de promover

a adequação da formação às necessidades e às políticas de saúde do país, assim como fomentar a articulação ensino-serviço na área da saúde¹³⁻¹⁸.

O programa buscou fortalecer as ações interprofissionais e a prática colaborativa na APS e realizado conforme a Estratégia Saúde da Família (ESF). Gerou oportunidades e experiências dentro do SUS para os integrantes do projeto e para os usuários dos serviços; e, também, para o desenvolvimento da participação e interprofissionalidade, territorialização, cuidado humanizado e práticas colaborativas, frentes necessárias para a integralidade do cuidado.

Para promover saúde nos territórios, ações são realizadas em grupos em espaços coletivos, de acordo com as necessidades de saúde específicas da comunidade e levando-se em consideração o contexto social. Os grupos possuem objetivos diferentes das práticas assistenciais individuais e são inseridos na APS visando melhorias no controle das adversidades e a disseminação ou agravamento das doenças, contribuindo para a autonomia e a mudança de hábitos deletérios que agravam o estado de saúde, reconhecendo e lidando com conflitos de forma positiva¹⁹⁻²¹. Ademais, considera-se que o trabalho em equipe na Saúde da Família é entendido como uma rede relacional que abrange interações entre pessoas, poderes, saberes, afetos e desejos²².

Neste contexto, o objetivo deste estudo é relatar a experiência de uma equipe PET-Saúde/Interprofissionalidade no trabalho com grupos de promoção da saúde em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) de uma capital do sudeste do Brasil, investigando os processos de educação em saúde e seu impacto na vida dos indivíduos e sua influência na promoção da saúde dos usuários e da comunidade na APS e na formação dos profissionais de saúde envolvidos (docentes, estudantes de graduação em saúde e profissionais de saúde), no que tange ao desenvolvimento individual e em equipe e à capacidade de organização e resoluções de conflitos.

MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um relato de experiência de caráter descritivo e reflexivo de um grupo tutorial do projeto PET-Saúde/Interdisciplinaridade desenvolvido em conjunto por uma Instituição de Ensino Superior (IES) e a Secretaria Municipal de Saúde de uma capital brasileira, entre os anos de 2019 e 2021. Este projeto, cujo tema principal foi o Apoio

Matricial, foi contemplado com cinco grupos tutoriais, que foram distribuídos em cinco diferentes UBS do município que atuam nos moldes da ESF. A experiência foi realizada em uma UBS que conta com três Equipes de Saúde da Família (eSF), três Equipes de Saúde Bucal (eSB) e uma equipe do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB). Além disso, realiza atendimento estendido no turno noturno, voltado aos trabalhadores, por meio de profissionais não vinculados à ESF.

A equipe PET-Saúde/Interprofissionalidade deste grupo tutorial compôs-se de 15 participantes, dentre bolsistas e voluntários: uma docente coordenadora vinculada ao curso de Odontologia; uma docente tutora vinculada ao curso de Farmácia; quatro preceptores, sendo uma enfermeira, uma psicóloga, uma farmacêutica e um cirurgião-dentista, profissionais atuantes na UBS; seis estudantes monitoras bolsistas e três estudantes monitoras voluntárias, acadêmicas dos cursos de Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina, Nutrição, Odontologia, Psicologia e Terapia Ocupacional (Quadro 1). Os integrantes bolsistas cumpriam oito horas semanais de atividades, enquanto os voluntários cumpriam quatro horas semanais. O grupo desenvolvia atividades relacionadas à produção de material educativo em saúde, visitas domiciliares e participação nas atividades promovidas na UBS, com foco na prática interprofissional.

Quadro 1. Composição da equipe tutorial PET-Saúde/Interprofissionalidade.

Integrante	Área de formação	Vínculo no projeto (n)	Carga horária semanal (horas)
Coordenador	Odontologia	Bolsista (1)	8
Tutor	Farmácia	Bolsista (1)	8
Preceptores	Enfermagem	Bolsista (1)	8
	Farmácia	Bolsista (1)	8
	Odontologia	Bolsista (1)	8
	Psicologia	Bolsista (1)	8
Monitores	Fisioterapia	Bolsista (1)	8
		Voluntário (1)	4
	Fonoaudiologia	Voluntário (1)	4
	Medicina	Bolsista (1)	8
	Nutrição	Bolsista (1)	8

	Odontologia	Bolsista (1)	8
	Psicologia	Bolsista (1)	8
		Voluntário (1)	4
	Terapia Ocupacional	Bolsista (1)	8

Fonte: Os autores.

Quando do início das atividades do projeto, já existiam, nesta UBS, os seguintes grupos para atividades coletivas junto à comunidade adscrita: Grupo de Pais/Responsáveis; Grupo de idosos “Mente Ativa”; e Grupo Terapêutico Interprofissional. Além da atuação nesses grupos, a partir das demandas levantadas junto aos profissionais e aos usuários do serviço, o grupo tutorial elaborou e executou atividades em dois novos grupos: Grupo de Saúde PET; e Grupo Hiperdia.

As atividades eram, em sua maioria, realizadas no auditório da UBS em horários pré-determinados de acordo com a demanda. Os grupos tinham como objetivos promover saúde e práticas que potencializam a qualidade de vida dos usuários do território, com foco em ações preventivas a doenças e agravos prevalentes no território e de estímulo ao autocuidado, além da escuta ativa e do acolhimento frente às demandas dos participantes, de forma a absorver aquelas reprimidas ou não expressadas anteriormente. Além disso, realizavam a partilha do espaço coletivo do grupo, permitindo esclarecimento de dúvidas, troca de experiências e de recursos facilitadores para a promoção da saúde, informação em saúde e criação de vínculos afetivos e de confiança.

O relato será desenvolvido sistematicamente, iniciando pelos grupos que surgiram com a inserção do PET-Saúde/Interprofissionalidade. Na sequência serão relatadas as experiências com os grupos que já eram realizados na UBS, com a equipe do NASF-AB. Nesses relatos, serão discutidas as afetações ocorridas a partir do ingresso das monitoras do PET-Saúde/Interprofissionalidade e ao longo de suas participações. A experiência selecionada refere-se aos 12 meses iniciais do projeto, de abril de 2019 a março de 2020, uma vez que em seu segundo ano, em razão da pandemia do coronavírus SARS-CoV-2, suas atividades foram adaptadas para o formato remoto.

RELATO DAS EXPERIÊNCIAS

Grupo de Saúde PET

O grupo denominado “Grupo de Saúde PET” foi idealizado e organizado pela coordenadora do grupo tutorial, tutora e preceptoras das áreas de Enfermagem, Farmácia e Psicologia e estudantes monitoras dos cursos de Medicina, Psicologia, Odontologia e Terapia Ocupacional, devido ao aumento relevante de demandas decorrentes de sofrimento psíquico (depressão e ansiedade) em seu território de atuação.

Objetivou-se promover saúde e qualidade de vida a partir de um espaço de acolhimento e de compartilhamento de ideias, do fortalecimento do vínculo usuário-rede e do incentivo ao conhecimento, pelos usuários do território, de novos recursos para lidar com o sofrimento psíquico. A classificação do grupo, de acordo com Zimmerman²³, seria homogêneo, uma vez que foram selecionadas e convidadas a participar pessoas que possuíam, em comum, diagnóstico de depressão e ansiedade leve.

Os usuários foram selecionados por meio das fichas de demandas para atendimento psicológico. A partir dessas, realizou-se o processo de análise de informações do prontuário de forma individualizada, averiguando se a demanda estava alinhada com a proposta do grupo. Após essa pré-triagem, foi realizado o contato telefônico para explicar a proposta do grupo e confirmar o interesse na participação do mesmo. Por fim, a partir do interesse manifestado, sucedeu-se ao agendamento de entrevista presencial individual, em que foi identificada a queixa principal do usuário, o histórico clínico e de vida, os assuntos de interesse do usuário que poderiam ser abordados no grupo e a disponibilidade de horário. O grupo então foi formado com os usuários da UBS entrevistados que estavam disponíveis no horário escolhido de forma a adequar a maior parte dos estudantes e usuários.

Os cinco encontros quinzenais ocorreram ao longo do segundo semestre de 2019, com duração aproximada de 1:30h cada. Os encontros foram planejados e conduzidos levando-se em consideração, continuamente, as demandas emergentes e avaliações feitas pelos usuários nos encontros. O projeto contemplou Práticas Integrativas e Complementares (PICs)²⁴ e práticas corporais como relaxamento, meditação, alongamento, auto massagem, respiração, oficina de movimento, análise bioenergética e medicina tradicional Chinesa - Xiang Gong. Além disso, foram realizadas rodas de conversa com temas relevantes para os participantes e atividades expressivas como confecção de vasos de argila, escalda-pés e desenho – somagrama.

As avaliações dos participantes sobre o grupo foram positivas. Um deles, por exemplo, relatou ter usado no dia-a-dia técnicas de respiração aprendidas em um dos encontros, o que a ajudou a relaxar e controlar suas crises de ansiedade.

Grupo Hiperdia

O grupo Hiperdia foi idealizado e organizado pela coordenadora, tutora, preceptoras das áreas de Enfermagem, Farmácia e Psicologia e monitoras dos cursos de Fonoaudiologia, Medicina, Odontologia, Psicologia e Terapia ocupacional. Diante do grande número de indivíduos cadastrados na UBS com Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, foi realizada uma proposta de intervenção de natureza educativa por meio da formação de um grupo com abordagem interprofissional, com atuação baseada no princípio da integralidade e em práticas preventivas e de estímulo ao autocuidado e autonomia no processo do cuidar.

Os usuários do grupo denominado “Hiperdia” foram selecionados a partir de sugestões das equipes da ESF. Foram levantados os nomes de possíveis pacientes que se adequavam ao perfil do grupo e, em seguida, foram realizados o contato telefônico e a entrega de convites pelos agentes comunitários de saúde, explicando a proposta do grupo e as datas em que o mesmo ocorreria. Devido às suas características, o grupo se enquadrou na classificação de grupo homogêneo, englobando pessoas com diagnóstico de diabetes e hipertensão, e fechado, porque os componentes foram determinados previamente. Os encontros ocorreram quinzenalmente, no segundo semestre de 2019, no auditório da UBS, com duração média de duas horas cada um.

Os temas abordados foram principalmente informações gerais sobre hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus, saúde mental, nutrição e atividade física. Por meio das atividades realizadas, pretendeu-se promover o aumento da adesão ao tratamento medicamentoso, a prevenção de complicações, a promoção do autocuidado e melhorias na capacidade física, saúde mental e qualidade de vida. Ao final, os participantes puderam comentar sobre as atividades realizadas e a maioria classificou os encontros como “muito bom”, “esclarecedor” e “didático”. De forma geral, mostraram-se abertos à abordagem dos diversos temas. Alguns reclamaram de atividades que envolviam interação social ou que foram mais teóricas, e outros se surpreenderam positivamente por gostarem de atividades que nunca haviam experimentado. Segundo as avaliações subjetivas, pode-se perceber a satisfação

dos participantes em ser parte de um grupo e possuir uma rede de apoio. E, por esse motivo, continuavam a acompanhar periodicamente o grupo.

Grupo de Pais/Responsáveis

O Grupo de Pais/Responsáveis constitui um espaço quinzenal coletivo de escuta, com o objetivo de atender a uma demanda de saúde mental de crianças e adolescentes e oferecer acolhimento, esclarecer dúvidas e promover a troca de experiências e recursos facilitadores na educação dos filhos e relacionamento familiar. Um segundo objetivo foi o de promover agenciamentos no âmbito dos direitos e informação em saúde dos indivíduos que participavam, o que possibilitou o seu encaminhamento para serviços específicos de acordo com as necessidades identificadas, bem como o esclarecimento de dúvidas quanto ao próprio atendimento no nível da APS.

O grupo tinha um caráter homogêneo e semi-aberto, de forma que era possível o ingresso de novos pais e filhos. Era coordenado pela psicóloga, pela assistente social e pelo profissional de educação física. Além desses profissionais, que já realizavam a mediação do grupo antes da inserção do projeto PET-Saúde/Interprofissionalidade, participaram estudantes monitores do projeto dos cursos Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina, Nutrição, Odontologia, Psicologia e Terapia Ocupacional.

Grupo de idosos ‘Mente Ativa’

O Grupo de idosos ‘Mente Ativa’, cujo nome foi escolhido pelos próprios participantes, é um espaço coletivo com ênfase na atenção psicossocial e na convivência comunitária. Seu público principal são os idosos, e, portanto, trata-se de um grupo homogêneo cujo foco é gerar autonomia e independência.

O grupo ocorreu quinzenalmente, tendo como coordenadora principal a assistente social da UBS, e tinha um caráter semi-aberto, possibilitando o ingresso de novos idosos. Com a inserção do PET-Saúde/Interprofissionalidade, houve a contribuição de estudantes dos cursos de Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina, Nutrição, Odontologia, Psicologia e Terapia ocupacional. A participação era intercalada de acordo com os horários semanais de cada monitora.

Entre os objetivos estavam a promoção da convivência, a interação e a orientação aos idosos, sendo um meio de construção de estratégias coletivas de enfrentamento saudável do

processo de envelhecimento. As atividades realizadas visavam proporcionar estímulo às habilidades motoras, cognitivas, comunicação e sociabilidade. O grupo foi um espaço de socialização no qual os integrantes podiam trocar saberes e experiências, se divertirem e se ajudarem nas atividades propostas.

Grupo Terapêutico Interprofissional

O Grupo Terapêutico Interprofissional (GTI) era um espaço constituído pela escuta qualificada de uma equipe interprofissional formada pelos profissionais da área da Enfermagem, Farmácia, Medicina, Psicologia e Serviço Social que atuavam na UBS. As acadêmicas da equipe PET-Saúde/Interprofissionalidade puderam participar dos encontros e contribuir com escuta, acolhimento e orientações de acordo com sua área de estudo.

Os encontros ocorriam três vezes por mês, sendo que a cada semana eram acolhidos no máximo três usuários da UBS em situações mais complexas e desafiadoras como: abuso físico; dependência química; enfrentamento do luto; entre outras, a fim de garantir tempo para partilha e escuta. O grupo tinha como característica sua heterogeneidade e caráter semiaberto. Após os encontros, a equipe discutia uma melhor conduta a ser seguida para cada caso, inclusive possíveis encaminhamentos para serviços mais especializados da rede.

DISCUSSÃO

A experiência relatada refere-se ao desenvolvimento de cinco grupos de promoção da saúde por uma equipe tutorial PET-Saúde/Interprofissionalidade junto a usuários de uma UBS de uma capital brasileira, por um período de 12 meses. As temáticas abordadas relacionam-se, principalmente, à saúde mental de adultos e crianças/adolescentes, à saúde do idoso, à hipertensão e ao diabetes. As experiências vivenciadas nos grupos demonstraram benefícios para a formação de estudantes na perspectiva da EIP e para a educação permanente de profissionais da saúde, bem como aos usuários participantes, com vistas à escuta qualificada de suas necessidades e com consequente atenção centrada no paciente. Além disso, para um efetivo trabalho interprofissional, seis competências precisaram ser desenvolvidas nos participantes da equipe do PET-Saúde/Interprofissionalidade: Comunicação Interprofissional; Cuidado centrado no paciente, família e comunidade; Clareza de papéis; Trabalho em equipe; Liderança colaborativa; e Resolução de conflitos⁵.

De maneira geral, a inserção do PET-Saúde/Interprofissionalidade na UBS, permitiu aos estudantes de graduação dos cursos de Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina, Nutrição, Odontologia, Psicologia e Terapia ocupacional experimentarem a prática colaborativa e a EIP, planejando e participando dos encontros nos cinco grupos aqui relatados. Os estudantes puderam vivenciar e contribuir com escuta, acolhimento e orientações de acordo com sua área de estudo, aplicando os conhecimentos obtidos sobre as competências colaborativas durante a execução das atividades.

Dentre os objetivos dos grupos destacou-se a promoção da convivência, a interação e a orientação específica de acordo com as necessidades detectadas nos grupos, sendo um meio de construção de estratégias coletivas para a prática colaborativa, permitindo trabalhar as seis competências colaborativas, como forma de desenvolvimento do processo de promoção da saúde e informação em saúde. O grupo foi um espaço de socialização no qual os integrantes podiam trocar saberes e experiências, se divertirem e se ajudarem nas atividades propostas, bem como experimentar e implementar a prática colaborativa e a interprofissionalidade, como preceitos do programa PET-Saúde/Interprofissionalidade.

Pode-se perceber que o modelo de grupo, a princípio, provoca com mais ou menos intensidade, a depender de cada pessoa, desconforto e timidez, que impulsiona os indivíduos a saírem de suas zonas de conforto, assim como ocorre na vida social de cada um. Porém, o benefício do grupo se mostra logo em seguida, quando os participantes conseguem se identificar e aprender com as falas e vivências partilhadas entre si, além das atividades terapêuticas e pedagógicas, que, ao serem compartilhadas em grupo, se concretizam melhor na percepção dos participantes. Por isso, a proposta foi promover o desenvolvimento e a mediação dos grupos, tendo a saúde em seus diversos âmbitos como aspecto central, com foco na criação de vínculos saudáveis que potencializam a vida e o processo de autocuidado dos indivíduos, além de proporcionar momentos ricos de discussão entre os estudantes, trabalhando as competências colaborativas, tais como a comunicação interprofissional, a clareza de papéis, a resolução de conflitos e a liderança colaborativa⁶.

Percebe-se que o padrão biomédico de cuidado, centrado na doença e em seus sinais e sintomas e seu tratamento farmacológico, não consegue abranger o sujeito no seu processo clínico terapêutico, levando, muitas vezes, o paciente à dependência de medicamentos ou do médico²⁵. Um modelo alternativo é atenção centrada no paciente que se baseia na perspectiva ampliada do cuidado em saúde e envolve a participação do paciente no cuidado a ser organizado por uma equipe interprofissional²⁶. Nesse sentido, os grupos, sobretudo os

interprofissionais, constituem um meio para o cuidar do indivíduo em vários aspectos, seja social, biológico, cultural ou intelectual.

O trabalho em grupos é reconhecido como uma estratégia de promoção da saúde na APS e sua prática tem sido cada vez mais debatida e valorizada. Por meio do diálogo e da troca de experiências promovidos nos encontros, há a oportunidade de acolher e contribuir em mudanças positivas nas concepções e nas práticas de saúde dos participantes²⁷, como observado nesta experiência. Em atividades em grupo é mais fácil aprofundar discussões, tornando-as mais pessoais, bem como ampliar os conhecimentos sobre saúde, favorecendo uma melhor condução do processo de cuidado e a adoção de hábitos saudáveis, além de mudança de comportamentos e adesão ao tratamento proposto^{28,29}. Contribuem também para uma maior otimização do trabalho na Rede, diminuindo a demanda por consultas individuais e proporcionando uma atitude mais proativa do usuário no processo de educação em saúde e em sua interação com a equipe que realiza o cuidado³⁰.

Os grupos coordenados por equipes interprofissionais acrescentam a essas interações de múltiplos elementos no tocante ao aspecto da diferença, uma vez que se tratam de grupos com profissões que abrangem olhares diversificados, muitas vezes sobre um mesmo fator¹⁰. A configuração colaborativa e o objetivo de promoção da saúde, no caso dos grupos relatados no presente trabalho, proporcionam a busca pela congruência da óptica grupal na leitura dos fenômenos, o respeito à diferença e a harmonia do trabalho em grupo, assim como do desenvolvimento de uma prática interprofissional com vistas à integralidade da atenção.

A relação e interdependência entre processo de trabalho e necessidades de saúde deve ser reconhecida e possibilita às equipes leituras mais amplas e abrangentes das necessidades e o exercício de competências interprofissionais, tais como a clareza de papéis, a comunicação interprofissional, a resolução de conflitos e a liderança colaborativa. Efeitos são gerados na organização do trabalho interprofissional pautado na prática comunicativa intersubjetiva entre os trabalhadores das equipes e destes com os usuários, famílias e população⁴, de forma a garantir a atenção centrada no paciente²⁶. Assim, a prática colaborativa se refere a essa situação mais ampla de ação interprofissional - intraequipes, intequipes e em rede com a participação dos usuários¹.

A interprofissionalidade refere-se a atitudes a serem desenvolvidas tanto no cotidiano dos serviços, quanto no ensino em saúde, baseadas em comportamentos e interações interpessoais que envolvem o trabalho em equipe, de modo a alcançar a integralidade do cuidado. As dificuldades para sua efetivação vinculam-se a diversos fatores, tais como à

própria constituição do campo da saúde, às hierarquias e à falta de um olhar mais ampliado sobre o processo-saúde e doença³¹.

A participação de estudantes no planejamento e na execução das atividades grupais mostrou-se como oportunidade de vivenciar a EIP e permitiu um despertar do senso de inovação e inventividade da equipe como um todo. Junto aos profissionais de saúde e docentes, potencializaram o processo de trabalho em equipe e as trocas de saberes, muitas vezes, incomuns para todos os participantes. Tal interação beneficiou aos usuários, uma vez que as relações deixaram o plano da mecanicidade e hierarquia e passaram a ser mais fluidas e horizontais, ainda que a representação e a responsabilidade profissional formado/estudante se mantivesse presente em todo o tempo.

Profissionais de saúde e serviço social enfrentam uma série de problemas na coordenação e colaboração interprofissional que impactam na qualidade e segurança da atenção³². Uma revisão sistemática da literatura mostrou que há evidências limitadas, mas crescentes, relacionadas às mudanças de comportamento, à prática organizacional e aos benefícios para pacientes a partir da EIP³³. A política de saúde também tem identificado o papel principal da EIP na melhoria de sistemas e nos resultados da atenção à saúde¹⁰. O trabalho conjunto de equipes interprofissionais pode influenciar mudanças nas práticas de cuidado que reduzem seus riscos, embora o processo precise ser examinado por uma perspectiva disciplinar⁵.

Estudos apontam que a EIP³³⁻³⁵ e seu desenvolvimento por meio de projetos como o PET-Saúde/Interprofissionalidade³⁶⁻³⁸ são potentes em oportunizar a aplicação dos conceitos e fundamentos da EIP e da Prática Colaborativa no cenário das práticas nos cursos de graduação da área da saúde.

A atuação dos estudantes nos grupos se mostrou benéfica para a formação profissional, bem como pessoal. O trabalho em grupo é fundamentado na coletividade, no diálogo e na interação entre os participantes, e seu caráter pedagógico possui bilateralidade, de modo que aquele que educa também aprende por meio da troca de saberes num processo de mutualidade e solidariedade³¹. A apropriação desses princípios e fundamentos da interprofissionalidade foi essencial para que se efetivasse a prática colaborativa com foco no desenvolvimento da promoção da saúde dos participantes de cada grupo aqui representado.

Como atividade de integração ensino-serviço, destaca-se, também, a potencialidade da experiência aqui relatada ter contribuído com a educação permanente dos profissionais inseridos na equipe. Nesse sentido, é importante refletir que, se por um lado a Educação

Permanente em Saúde pressupõe a qualificação do trabalho e das práticas em saúde a partir da reflexão sobre o cotidiano e as necessidades de saúde, a EIP também expressa o compromisso com a transformação das práticas de saúde no contexto do SUS quando ressalta a ênfase no propósito explícito em promover a colaboração interprofissional e o aprendizado para o efetivo trabalho em equipe; e ambas envolvem o desafio de romper com as tradicionais formas de organização e funcionamento das instituições formadoras de profissionais de saúde, dos serviços de saúde e das entidades de classe representantes das categorias profissionais³⁹.

Foi possível notar que as experiências interativas se tornaram um ponto forte para a manutenção do enfrentamento dos desafios e para o acolhimento das diferenças. A prática interprofissional e colaborativa, assim como a equipe unida e alinhada, proporcionou mais leveza na realização dos planejamentos e execução de tarefas, bem como no trato com usuários outrora incompreendidos, seja pela comunidade ou pela própria assistência da unidade e na conversão de demandas reprimidas em demandas atendidas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As contribuições a partir da Prática Interprofissional e Colaborativa com os grupos aqui relatados evidenciaram um potencial muito benéfico dessa característica de trabalho no que tange aos processos grupais e ao objetivo de promoção da saúde dos usuários e comunidades no contexto da APS envolvendo profissionais e estudantes de graduação em saúde. Além dos benefícios aqui apresentados, o exercício das competências interprofissionais e da prática colaborativa durante a trajetória acadêmica proporciona a formação de um profissional mais qualificado para o trabalho em equipe, bem como para o enfrentamento de desafios e mediação de conflitos. Ressalta-se ainda a oportunidade de desenvolvimento pessoal por meio de trocas intersubjetivas, estéticas e políticas na vida e nas relações entre os envolvidos.

AGRADECIMENTO

Ao Ministério da Saúde, que por meio do Edital PET-Saúde/Interprofissionalidade promoveu a atividade deste grupo, a todos os membros do projeto e aos usuários que compartilharam as atividades.

Todos os autores declararam não haver qualquer potencial conflito de interesses referente a este artigo.

REFERÊNCIAS

1. Peduzzi M, Agreli HF. Trabalho em equipe e prática colaborativa na Atenção Primária à Saúde. *Interface- Comunicação, Saúde e Educação*. 2018;22:1525-1534.
2. Galavote HS, Zandonade E, Garcia AC, Freitas PS, Seidl H, Contarato PC, Andrade MC, Lima RC. The nurse's work in primary health care. *Escola Anna Nery*. 2016; jan-mar;20:90-98.
3. Barr H, Low H. *Introducing interprofessional education*. United Kingdom: Center for The Advancement of Interprofessional Education-CAIPE; 2013.
4. Peduzzi M, Agreli, HF, Silva JD, Souza HD. Trabalho em equipe: uma revisita ao conceito e a seus desdobramentos no trabalho interprofissional. *Trabalho, Educação e Saúde*. 2020;18(s1):e0024678.
5. Canadian Interprofessional Health Collaborative. *A national interprofessional competency framework*. Vancouver; 2010.
6. Organização Mundial da Saúde. *Marco para ação em educação interprofissional e prática colaborativa*. Genebra: WHO; 2010.
7. Lima AS, Antunes MB, Lemos EC. Educação Interprofissional em Saúde e a promoção da integralidade do cuidado: uma revisão de literatura. *Cadernos do Cuidado*. 2019;3(2):5-19.
8. Batista NA. *Educação Interprofissional em Saúde: Concepções e Práticas*. Caderno NFEPAS. 2012; jan;2:25-28.
9. Reeves S. *Developing and delivering practice-based interprofessional education: successes and challenges [Tese de Doutorado]*. Londres, Reino Unido: Institute of Health Sciences - City University; 2005.
10. Organização Mundial da Saúde. *Marco para a ação em educação interprofissional e prática colaborativa*. Genebra: World Health Organization; 2010.
11. Freire JR, Silva CB, Costa MV, Forster AC. Educação Interprofissional nas políticas de reorientação da formação profissional em saúde no Brasil. *Saúde em Debate*. 2019;43:86-96.
12. Brasil. Edital nº 10, de 23 de julho de 2018. Seleção para o programa de educação pelo trabalho para a saúde PET-Saúde/ Interprofissionalidade – 2018/2019. *Diário Oficial da União*. Brasília, DF, 24 jul. 2018, p. 78.
13. Brasil. Lei nº 11.180, de 23 de setembro de 2005. Institui o Programa de Educação Tutorial – PET e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. Brasília, DF; 26 set. 2005.
14. Brasil. Portaria Interministerial nº 1.802, de 26 de agosto de 2008. Institui o Programa de educação pelo Trabalho para a Saúde – PET – Saúde. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF; 27 ago. 2008.

15. Montenegro AV. Pet-saúde: relato de experiência estudantil na atenção básica. Extensão em ação. 2013; jan-jun;3(4):84-96.
16. Ferreira VS, Andrade CS, Fontes AM, Araújo MC, Anjos SS. Healthcare and education from the Education by Work for Health Program. Interface- Comunicação, Saúde e Educação. 2015;19: 857-868.
17. Farias-Santos BC, Noro LR. PET-Saúde como indutor da formação profissional para o Sistema Único de Saúde. Ciência & Saúde Coletiva. 2017;22:997-1004.
18. Almeida RG, Teston EF, Medeiros AA. A interface entre o PET-Saúde/Interprofissionalidade e a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Saúde em Debate. 2019;43:97-105.
19. Santos LM, Da Ros MA, Crepaldi MA, Ramos LR. Grupos de promoção à saúde no desenvolvimento da autonomia, condições de vida e saúde. Revista de Saúde Pública. 2006;40:346-352.
20. Brasil. 2009. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica: Diretrizes do Nasf. Brasília; 2009.
21. Sauer AB, Nilson LG, Dolny LL, Maeyama MA. Trabalhando com grupos na Atenção Básica à Saúde. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2018.
22. Fortuna CM, Mishima SM, Matumoto S, Pereira MJ. O trabalho de equipe no programa de saúde da família: reflexões a partir de conceitos do processo grupal e de grupos operativos. Revista Latino-Americana de Enfermagem. 2005;13:262-268.
23. Zimmerman DE. Fundamentos Básicos das Grupoterapias. 2nd ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 2007.
24. Tesser CD, Dallegrave Daniela. Práticas integrativas e complementares e medicalização social: indefinições, riscos e potências na atenção primária à saúde. Cad. Saúde Pública. 2020; 36(9):e00231519. doi: 10.1590/0102-311X00231519.
25. Mello Filho J. Grupo e corpo: psicoterapia de grupo com pacientes somáticos. Porto Alegre: Artes Médicas; 2000.
26. REIP; OPAS. Rede Regional de Educação Interprofissional das Américas e Organização Pan-Americana da Saúde. Atenção centrada no paciente na prática interprofissional colaborativa: elementos-chave, estratégias e caminhos a seguir. Washington DC; 2019.
27. Favoreto CA, Cabral CC. Narrativas sobre o processo saúde-doença: experiências em grupos operativos de educação em saúde. Interface- Comunicação, Saúde e Educação. 2009;13:7-18.
28. Victor JF, Vasconcelos FF, Araújo AR, Ximenes LB, Araújo TL. Grupo Feliz Idade: cuidado de enfermagem para a promoção da saúde na terceira idade. Revista da Escola de Enfermagem da USP. 2007;41:724-730.

29. Silva AL, Munari DB, Lima FV, Silva WO. Atividades grupais em saúde coletiva: características, possibilidades e limites. *Revista Enfermagem UERJ*. 2003; 11: 18-24.31. Silveira LM, Ribeiro, VM. Grupo de adesão ao tratamento: espaço de “ensinagem” para profissionais de saúde e pacientes. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*. 2005;9:91-104.
30. Soares SM, Ferraz AF. Grupos operativos de aprendizagem nos serviços de saúde: sistematização de fundamentos e metodologias. *Escola Anna Nery*. 2007;11:52-57.
31. Pedrozo, SB, HOSTINS, RCL. *Educação em Revista*. 2022;38:e26460.
32. Reeves S. Why we need interprofessional education to improve the delivery of safe and effective care. *Interface (Botucatu)*. 2016;20(56):185-96.
33. Reeves S, Fletcher S, Barr H, Birch I, Boet S, Davies N, McFadyen A, Rivera J, Kitto S. A systematic review of the effects of interprofessional education: BEME Guide No. 39. *Med Teach*. 2016 Jul;38(7):656-68. doi: 10.3109/0142159X.2016.1173663.
34. Souza RS, Ely LI, Toassi RFC. Educação interprofissional em saúde: aprendizados de uma experiência inovadora de integração entre pessoas, currículos e profissões. *Pro-Posições*. 2022;33 (e20200011). Disponível: <https://www.scielo.br/j/pp/a/D89CT7L7vFzvcxzMRjPnTny/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 18 maio 2023. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1980-6248-2020-0011>
35. Poletto PR, Batista SHSS, Batista NA. A educação interprofissional na graduação de cursos da saúde: a experiência do campus Baixada Santista da Universidade Federal de São Paulo. In: Batista NA, Uchôa-Figueiredo LR (org.). *Educação Interprofissional no Brasil: formação e pesquisa*. 1. ed. Porto Alegre, RS: Editora Rede Unida; 2022. p. 89-108.
36. Belotti M, Esposti CDD, Taño BL, Castro MR, Venancio FF, Marchezi CT, et al. Formação para a interprofissionalidade e o matriciamento. *Revista de Saúde Pública do Paraná [Internet]*. 2023;6(1):1-7. Disponível em: <http://revista.escoladesaude.pr.gov.br/index.php/rspp/article/view/755>. Acesso: 18 maio 2023.
37. Brinco R, França T, Magnago C. PET-Saúde/Interprofissionalidade e o desenvolvimento de mudanças curriculares e práticas colaborativas. *Saúde em Debate*. 2022;46(Especial 6):55-69.
38. Soares PDFL, Costa AR, Regis CG, Santos GM, Poletto PR, Garbus RBSCosta, et al. Pet-Saúde Interprofissionalidade: uma imersão a partir de narrativas. In: Batista NA, Uchôa-Figueiredo LR (org.). *Educação Interprofissional no Brasil: formação e pesquisa*. 1. ed. Porto Alegre, RS: Editora Rede Unida; 2022. p. 248-269.
39. Ogata MN, Silva JAM, Peduzzi M, Costa MV, Fortuna CM, Feliciano AB. Interfaces between permanent education and interprofessional education in health. *Rev Esc Enferm USP*. 2021;55:e03733. <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2020018903733>.